Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 23. 7. Juni 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70.

45. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem Vereinshospital in Hamburg.

Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen [1]).

Von Dr. *F. Jessen*, Oberarzt der inneren Abtheilung.

M. H.! Wenn wir uns das Bild der echten Diphtherie mit ihren allgemeinen Erscheinungen vergegenwärtigen, so haben wir das klassische Beispiel einer die Tonsillen befallenden Infectionskrankheit, welche secundär im Organismus Intoxicationen macht, vor uns.

Dass aber von den Tonsillen aus Allgemeininfectionen im strengen Sinne des Wortes vorkommen können, das ist im Allgemeinen in der Literatur wenig besprochen, so wenig, dass z. B. in der Eulenburg'schen Realencyklopädie unter dem Artikel Angina dieser Möglichkeit überhaupt keine Erwähnung geschieht.

Einige hierher gehörige Angaben findet man nun zwar bei genauerem Zusehen doch in der Literatur, aber ihre Zahl ist nicht gross. Unter den älteren Autoren ist zunächst Boeck zu nennen, der an verschiedenen Stellen [2]) Fälle beschreibt, in denen nach einer Angina «Gelenkrheumatismus und Erythema nodosum» auftrat, Fälle, wie sie mit meinem Fall I sehr ähnlich und bereits von Trousseau als «Angina rheumatica» aufgestellt sind. Dann berichtet Bull [3]) über einen Fall, in dem im Anschluss an eine Angina «rothe empfindliche Flecken» auf der Haut erschienen und Paraesthesien in den Extremitäten auftraten.

Sehr energisch tritt Buss [4]) für die Anschauung ein, dass der «acute Gelenkrheumatismus» seinen Weg in den Körper durch die Tonsillen nehme. Der gleichen Auffassung huldigt Sterling [5]) und Boeck berichtet (l. c.), dass der englische Autor Stewart annehme, dass 70—80 Proc. aller Fälle von Gelenkrheumatismus mit einer Angina begännen.

Schwere Allgemeinerscheinungen nach einer bacteriologisch nicht als diphtherisch charakterisirten Angina beschreibt Bourges [6]); in seinem Falle war die Angina von Strabismus convergens, Gaumensegellähmung und Paraplegie gefolgt.

Buschke [7]) lieferte in 4 bacteriologisch genau untersuchten Fällen den Nachweis, dass die acute Osteomyelitis in Folge von Eindringen von Staphylococcen und Streptococcen in die Tonsillen ihre Entstehung finden kann.

Die Trousseau'sche (med. Klinik des Hot. de Dieu. Deutsch v. Culmann, 1866 I, 355) Angina rheumatica und die Consequenzen ihrer Lehre sind zu bekannt, als dass sie näher erörtert zu werden brauchten. Und doch bedurfte es, wie Bloch (Münch. med. Wochenschr. 1898, 15) mit Recht hervorhebt, fast ihrer Neuentdeckung durch Roos (Berl. klin. Wochenschr. 1894, 25) und die Arbeit von Fiedler (Zur Aetiologie der Pleuritis, Vortrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden 1890).

Richardière [8]), Petersson [9]), Hanot [10]), Heddaeus [11]) beschreiben Fälle, in denen im Anschluss an nicht phlegmonöse Anginen, absteigende Lymphangitis, Pleuritis, Sepsis und der Tod eintrat. Die Fälle von Hanot und Heddaeus sind bacteriologisch untersucht; im ersten fanden sich Streptococcen, im zweiten Staphylococcen sowohl auf den Tonsillen als in dem Pleuraexsudate.

Dennig [12]), einer der ersten Bearbeiter der Frage der «kryptogenetischen» Septikaemie, sagt, dass in vielen dieser Fälle eine Angina vorangehe. Kürzlich hat dann noch Apolant (Therap. Monatshefte 1897, 2) die Ansicht ausgesprochen, dass Perityphlitis nach Angina entstehen könne, was er in drei Fällen beobachtete.

Mit Willen möchte ich die Behauptung mancher Autoren (Sörensen, mf. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 33), dass die Scharlachangina die Eintrittsstelle des Scharlachs darstelle, übergehen, da diese Frage im Hinblick auf die septische Mischinfection noch nicht genügend geklärt ist. Immerhin ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese septische Mischinfection wenigstens von der Angina ausgeht, sehr gross.

Dass Mikroorganismen überhaupt ihren Weg durch die Tonsillen nehmen können, haben u. A. Hodenpyl, Ribbert und Schlenker dargethan.

Hodenpyl [13]) fand, dass die Tonsillen im Allgemeinen für Bacterien undurchlässig sind; diese können nur da eindringen, wo das Epithel gelockert ist. Dies ist aber in den Krypten der Tonsillen stets der Fall. So zeigte Ribbert [14]), dass der Bacillus der Kaninchendarmdiphtherie durch die Mundschleimhaut nicht aufgenommen werde mit Ausnahme von den Tonsillen, an denen das Epithel gelockert ist. Schlenker [15]) stellte fest, dass einzelne Formen der Halsdrüsentuberculose von oben ihren Anfang nehmen können und zwar mit und ohne tuberculöse Erkrankung der Tonsillen, so dass im letzteren Falle die Tuberkelbacillen durch die Tonsillen gewandert sein müssen.

Aus dieser nicht gerade sehr zahlreichen Literatur ersieht man, dass die Frage nach dem Eintritt der Infectionserreger durch die Tonsillen noch eine relativ wenig bearbeitete ist. Daher halte ich es für gerechtfertigt, Ihnen über einige hierher gehörige Fälle zu berichten, zumal die meisten Autoren immer nur die Frage Angina und Gelenkrheumatismus in's Auge gefasst haben.

Fall I. L., 30jähr. Mann, erkrankt mit schweren allgemeinen Störungen, Gliederschmerzen, Benommenheit und Halsschmerzen. Im Rachen fand sich auf der einen Tonsille schmutziggrüner, auf der andern gelber Belag. Temp. 39°; schmerzhafte Schwellung der seitlichen Halsgegenden. Am 3. Tage trat an den Unterschenkeln und Unterarmen, namentlich stark aber am Rücken und im Gesicht ein klein papulöses Exanthem auf, das weder multiform war, noch die charakteristischen Knoten des Eryth. nodosum bot. Gleichzeitig bekam Patient sehr starke Gelenkschmerzen. In ca. 8 Tagen schwanden Erythem und Gelenkschmerzen unter unregelmässigem Fieber. Die inneren Organe blieben gesund. Die

[1]) Nach einem Vortrage im Hamburger ärztlichen Verein.
[2]) Tidschrift f. prakt. Medicin 1882 und 1884.
[3]) Tidschr. f. prakt. Medic. 1883, 93.
[4]) D. Archiv f. klin. Med. 54. 1896.
[5]) Kronika lekarska. 15. 1896.
[6]) Archiv. de médec. expérim. 1895.
[7]) D. Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 38.
[8]) L'union medicale 1893. XI.
[9]) Upsala's läkare förhandling. Bd. XII, 103.
[10]) Gaz. des Hopitaux. 1891. 66.
[11]) Münch. med. Wochenschrift 1897. 18.
[12]) Münch. med. Wochenschrift 1897. 44.
[13]) Americ. journ. of the medic. sciences. März 1891.
[14]) D. med. Wochenschrift 1887, 8.
[15]) Virchow's Archiv 134, 122.

bacteriologische[16]) Untersuchung des Rachenbelags ergab Staphylococcus aureus und Streptococcen in Reincultur, d. h. ohne Beimischung anderer Organismen. Die Streptococcen wuchsen ganz wie pyogene Streptococcen. Die bacteriologische Untersuchung des Blutes fiel negativ aus.

Dass hier die schweren Allgemeinerscheinungen ihren Ausgang von der Mandelerkrankung nahmen, erscheint mir sicher. Der bacteriologisch negative Blutbefund spricht nicht dagegen, denn bekanntlich findet man auch bei ganz schweren, tödtlich verlaufenden Septikaemien durchaus nicht constant die Erreger im Blute. So hat z. B. Kühnau (Zeitschr. f. Hygiene u. Infect. 25. 2) in 23 Fällen von schwerster Sepsis nur 3 mal den Erreger im Blute gefunden.

Der Fall bietet auch noch das Interessante, dass er klinisch zunächst ganz wie gangraenöse Diphtherie aussah, mit welcher Erkrankung er nach dem Ausfall der bacteriologischen Untersuchung in gar keinem Zusammenhang steht.

Fall II. W., eine 28jähr. Frau, wird in schwer comatösem Zustande unter der Diagnose Typhus (?) in das Hospital gebracht. Eine sofort angestellte Widal'sche Reaction fiel negativ aus. Im Rachen, auf den Tonsillen und in der Mundhöhle ausser starker Epithelabschuppung der Zunge nichts Abnormes. Pat. ist stark cyanotisch; in der Haut der Extremitäten vereinzelte Blutungen. Keine Roseolen. Milz palpabel. Lungen nicht nachweislich afficirt. Herz nicht verbreitert, Töne absolut rein. Temperatur 40,3. Im Urin Albumen und zahlreiche Epithelcylinder. Zuckungen im linken Arm. Die Pat. ging in ca. 12 Stunden, ohne Aenderung der Befundes, zu Grunde. Die Diagnose wurde auf Sepsis und Uraemie gestellt.

Bei der Autopsie fand sich im Wesentlichen der folgende Befund: Linke Lunge adhaerent, rechte frei. Auf den Pleuren zahlreiche kleine Blutungen. Ausser geringer Hypostase keine Veränderungen an den Lungen. Auf dem Pericard reichlich Ekchymosen. Herz gross, in der Musculatur kleine Abscesse; an sämmtlichen Klappen frischgeschwürige Processe ohne irgend welche Auflagerungen. Am linken falschen Stimmband ein linsengrosses Geschwür. Tonsillen an der Oberfläche glatt, auf dem Durchschnitt auf beiden Seiten eingedickte Abscesse. Leber fettig degenerirt. Milz sehr gross, weich. Nieren gross, von zahlreichen kleinen Abscessen und Blutungen durchsetzt. Im Uterus und den Ovarien gleichfalls reichlich kleine Blutungen. Darm normal.

Wir sehen also, dass eine gesunde Frau an acuter Pyaemie zu Grunde geht, die so rasch verläuft, dass am Herzen trotz der schweren Erkrankung noch gar keine Geräusche zu Stande kommen konnten, da alle die erkrankten Klappen noch gut schlossen. Wenn wir nun nach der Eingangspforte suchen, so findet sich weder an der Haut noch am Uterus, noch an den Athmungsorganen, noch am Darm ein Befund, der uns auf den hier erfolgten Eintritt der Infectionserreger weisen könnte; dagegen finden wir in beiden Tonsillen eitrige Processe, die sichtlich älter sind, als die übrigen. Besonders instructiv erscheint mir der Fall desswegen, weil sowohl klinisch als auf dem Sectionstisch auf der Oberfläche der Tonsillen kein Belag mehr nachzuweisen war. Er beweist also, wie leicht man in die Unmöglichkeit versetzt wird, die vorangehende Tonsillenerkrankung festzustellen.

Fall III. D., ein 17jähr., etwas chlorotisches Mädchen, erkrankt am 27. X. 1897 an einer Angina der linken Tonsille; ausser Druckschmerzen an der linken Tibia und anaemischem Geräusch am Herzen bestand um die Zeit keine pathologische Veränderung. Am 12. XI. zeigte sich in der linken Spitze der Lunge Abschwächung des Percussionsschalls und feinblasiges Rasseln unter gleichzeitigem Fiebereintritt von 39,6. Diese Erscheinungen erstreckten sich am nächsten Tage bis zur Spina scapulae, aber stärker als am Tage vorher. Temperatur 39,8. Leukocytose von 9762 weissen Blutkörperchen. Nun traten Schmerzen in den Bein- und Fussgelenken dazu. Nach 3 Tagen auch über der rechten Spitze Dämpfung. Nach vier Tagen pericardiales Exsudat und Hautblutungen auf dem rechten Handrücken. Der Urin enthält Eiweiss und vereinzelte Epithelialcylinder. Die Milz bis zur mittleren Axillarlinie. Nach 8 Tagen auf der Haut des Bauches roseolaartiges Exanthem. In der linken Pleurahöhle 2 Finger hoch Exsudat. Nach 10 Tagen resorbirt sich das pericardiale Exsudat und beiderseits hinten über den Lungen reichlich mittelblasiges Rasseln und pleuritisches Reiben. Am 15. Tag wird die Pat. somnolent, lässt unter sich, links hinten unten Dämpfung, bronchiales Athmen. Unter Bäderbehandlung tritt Besserung und Aufhellung des Schalls ein. Patientin erholte sich dann langsam völlig und wurde geheilt entlassen mit einem lauten systolischen Blasen an der Herzspitze, obwohl sich die chlorotischen Erscheinungen in der Reconvalescenz völlig verloren hatten.

In dem zur Zeit der Angina, also 12 Tage vor den anderen Erscheinungen gewonnenen Abstrich von der linken Tonsille, sowie in dem während der Pneumonie entleerten Sputum wurden Streptococcen nachgewiesen. Pneumococcen und Influenzabacillen waren nicht vorhanden. Das Blut enthielt bei der Untersuchung während der Somnolenz keine Bacterien.

Wir sehen also, dass ein Patient 12 Tage nach einer Angina, die Streptococcen enthält, an wandernden Pneumonien erkrankt, denen sich Pericarditis, Pleuritis, nephritische Reizung anschliessen.

Im Verein mit der Somnolenz, den Hautexanthemen und Blutungen haben wir das Bild einer Sepsis vor uns. Abgesehen davon, dass um diese Zeit im Hause keine Pneumonie war, dass der Verlauf auch für eine gewöhnliche Pneumococcenpneumonie ein höchst atypischer war, wurden in dem pneumonischen Sputum auch keine Pneumococcen oder Influenzabacillen gefunden, wohl aber wieder die Streptococcen, die auf der Tonsille auch vorhanden waren. Nach meiner Ansicht ist dieser Fall der sogenannten kryptogenetischen Septicaemie zuzurechnen, nur mit der Abweichung, dass die Eingangspforte an den Tonsillen durch die bacteriologische Untersuchung und den glücklichen Umstand, dass wir die Patientin schon zur Zeit der Angina genau beobachten konnten, festgestellt wurde.

Ein noch viel schlagenderes Beispiel für diese Art Fälle von Septicaemie durch die Tonsille bietet mein

Fall IV. V. d. H., 24jähriges Mädchen aus gesunder Familie, hat schon häufiger Angina gehabt. Erkrankt am 18. XII. 1897 mit Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, zu denen Abends Schmerzen in der Herzgegend kamen.

19. XII. Status. Mittelmässig genährtes, blasses Mädchen. Respiration oberflächlich, frequent, Temp. 40,2, Puls 130. Am rechten Mundwinkel Herpes. Zunge belegt. Beide Tonsillen geröthet, geschwollen mit weissgelbem Belag entlang der Krypta. Herztöne leise, dumpf, rein. Herzdämpfung nach links verbreitert. Ueber dem Herzen Reibegeräusche. Ueber den Lungen rechts oben und links unten Abschwächung des Percussionsschalls, vereinzeltes Reiben, verschärftes Athmen. Auf der Brust vereinzelte Roseolen. Milz nicht vergrössert, ebenso die Leber. Im Urin Eiweiss. Leukocytose von 11 406.

20. XII. Herzdämpfung nach rechts bis Mitte des Sternum. Ueber den Lungen an den gedämpften Stellen jetzt Knisterrasseln. Abdomen aufgetrieben, sonst Stat. id.

21. XII. Die Patientin wird cyanotisch. Ueber den Lungen rechts oben und links unten absolute Dämpfung, Knisterrasseln, pleuritisches Reiben, Bronchialathmen, Milz bis zur mittleren Axillarlinie. Die Patientin geht unter zunehmender Cyanose Abends zu Grunde.

Am 20. XII. wurde Tonsillarbelag entnommen; derselbe enthielt Staphyloc. pyogenes aureus, daneben kurze Ketten kleiner Coccen, und plumpe Bacillen unbekannter Art. Eine Blutprobe war steril.

Am 21. XII. wurde links hinten unten Pleuraexsudat aspirirt; dasselbe enthielt denselben Staphyl. pyogenes aureus in Reincultur.

Die Section ergab: Geringer Erguss im Pericard; auf dem Herzen geringe fibrinöse Pericarditis. Rechte Lunge adhaerent; auf der Pleura zahlreiche frische Fibrinauflagerungen; in der Pleurahöhle geringer Erguss. Rechte Lunge pneumonisch, auf dem Durchschnitt in ganzer Ausdehnung von erbsengrossen Abscessen durchsetzt. Linker Lungenunterlappen von gleicher Beschaffenheit. Milz vergrössert, enthält unzählige hanfkorngrosse Abscesse. Nieren makroskopisch normal. Leber ebenso. Tonsillen auf der Oberfläche rein; beim Durchschneiden quillt Eiter aus hanfkorngrossen Herden.

In sämmtlichen Organen, Tonsillen, Lunge, Milz, Niere, wurden Staphylococcen nachgewiesen, deren genaue Art sich leider nicht feststellen liess, da, trotzdem die Section relativ rasch p. m. gemacht war, proteusartige Formen sie in den Culturen überwucherten. Wenn aber im Leben Staphylococcus aureus im Tonsillenabstrich und dem Pleuraexsudat nachgewiesen wird, so wäre es doch gezwungen, wenn man die p. mortem gefundenen als andere ansehen wollte.

Dieser Fall, dessen klinischer Verlauf von dem Bilde einer doppelseitigen Pneumonie beherrscht war, illustrirt nach meiner Ansicht einwandsfrei den Beginn der schweren Infection von den Tonsillen aus. Die Patientin bekommt zuerst Angina, dann erst Erscheinungen von Seiten der Brustorgane und zwar zunächst Pericarditis, dann doppelte Pneumonie, dann allgemeine Sepsis. Dazu kommt, dass sowohl im Leben als post mortem von den Tonsillen beginnend durch alle untersuchten Organe stets derselbe

[16]) Da mir keine bacteriologische Einrichtung zu Gebote steht, so wurden alle bacteriologischen Untersuchungen im hiesigen hygienischen Institut ausgeführt, wofür ich auch an dieser Stelle nochmals bestens danke.

Mikroorganismus gefunden wurde. Wie leicht konnte dieser Zusammenhang übersehen werden, wenn die Patientin etwa am 2. Tage erst, als die Tonsillen an der Oberfläche schon rein waren, in Beobachtung kam und ohne bacteriologische Untersuchung wird man es Niemand verübeln können, wenn er einen mit Halsschmerzen beginnenden, zu Pneumonie führenden Process klinisch als «Influenza» auffasst.

Ich bin der Meinung, dass Fälle, wie die von mir beschriebenen gar keine Seltenheiten sind, sondern dass sie vielfach selbst einem aufmerksamen Beobachter mit klinischer Einrichtung entgehen, weil sie relativ spät nach der Angina, wenn von dieser keine Spur vorhanden, in Behandlung kommen.

Ich glaube aber durch Beispiele gezeigt zu haben, dass sowohl sogenannte «rheumatoide» oder wie ich für richtiger zu sagen halte, «septoide» Erkrankungen, als wie «kryptogenetische Septicaemien», als wie «Pneumonien», namentlich die Streptococcen- und Staphylococcenpneumonien ihren Eintritt in den Körper durch die Tonsillen nehmen können und hoffe, dass die Herren, die über ein grösseres Material als ich verfügen, darthun werden, dass dieser Infectionsmodus nicht selten, sondern sehr häufig ist. Ausgeschlossen müssen selbstverständlich für die Beurtheilung unserer Frage alle die metastatischen Infectionen werden, die von Peritonsillitiden und phlegmonöser Angina ausgehen.

Für besonders wichtig halte ich aber die im Falle II u. IV festgestellte Thatsache, dass nicht nur klinisch, sondern auch auf dem Sectionstisch an der Oberfläche normal erscheinende Tonsillen in ihrem Innern an kleinen Eiterherden darthun, dass hier Mikroorganismen eingedrungen sind. Man müsste daher in allen Fällen, in denen man klinisch-bacteriologisch an den Tonsillen nach der Eingangspforte einer Infection sucht, sich nicht mit Abstrichpräparaten begnügen, sondern aus der Tiefe der Tonsille aspiriren.

Dass man für die Fälle, bei denen im Leben die Oberfläche der Tonsille glatt erscheint und auf dem Sectionstisch in den Tonsillen Abscesse gefunden werden, die Erklärung anführen kann, dass diese Abscesse metastatisch seien und die Infection von anderswo in den Körper eingedrungen sei, ist ohne Weiters theoretisch zuzugeben. Wenn man aber Fälle sieht, in denen man klinisch den Oberflächenbelag der Tonsille constatirt, ihn dann verschwinden sieht und nun post mortem die Abscesse findet, so muss man für diese Fälle doch, wenn man nicht den Thatsachen Gewalt anthun will, annehmen, dass hier der Weg der Mikroorganismen durch die Tonsille ging, und diese Fälle legen es doch nahe, anzunehmen, dass es in der ersten Kategorie eben so war, dass man nur den Pat. erst sah, als die Oberfläche der Tonsille bereits wieder gereinigt war. Jedenfalls scheint mir diese Auffassung weniger gezwungen, als zu sagen, die Eingangspforte war doch an einer andern Stelle, die wir nur nicht kennen.

Ausserdem ist es selbstverständlich, dass nicht alle Fälle von «kryptogener» septoider Erkrankung von den Tonsillen stammen.

Wesshalb nun der eine Patient eine solche Angina ohne Folgen übersteht, während sie bei dem andern rasch oder etwas langsamer zu schwerer Allgemeinerkrankung führt, das heisst die ganze Frage nach der Virulenz der Mikroorganismen und den Schutzeinrichtungen des individuellen Organismus aufrollen.

Mir scheint nun, bei einiger Anfmerksamkeit kann man klinisch, ohne bacteriologische Untersuchung, einer Angina ansehen, ob sie zu den Formen gehört, bei welchen man besonders leicht eine so fatale Allgemeininfection erwarten kann. Diese Formen, die sich dadurch auszeichnen, dass der Belag nicht lacunär sitzt, sondern wie in einem Culturgläschen in langen Streifen von meist gelber oder gelbweisser Farbe in der Richtung von oben nach unten in der Tiefe der Tonsille zieht, müssen jedenfalls vom ersten Krankheitstage an als ernste Erkrankungen angesehen und energisch behandelt werden. Für die Behandlung scheint mir am Besten die continuirliche Berieselung durch im Munde schmelzende «Eisbonbons» zu sein. In wieweit die Credésche Silberbehandlung hier nützlich sein kann, muss die Zukunft lehren.

Die prophylaktische Exstirpation namentlich zerklüfteter Tonsillen und ihr Ersatz durch Narbengewebe erscheint im Hinblick auf die Gefahr, welche die offenen Lumina der Tonsille bieten, durchaus indicirt.

Hinsichtlich der Aetiologie dieser Erkrankungen sind die Mittheilungen von Edwards (Lancet 12/697) von Interesse, der bei einer Epidemie von 15 Fällen solcher Angina in einer Meierei aus der Milch den Staph. aureus und albus isolirte, dieselben Pilze aus dem Rachen der Patienten züchtete und ebenfalls direct aus dem Euter der einen Kuh der Farm diese Organismen gewann, obwohl das Thier äusserlich gesund erschien.

Aber nicht nur diese schweren acuten Allgemeininfectionen können den Körper durch die Tonsillen befallen, sondern auch mehr chronisch verlaufende Infectionskrankheiten können ihren Ausgang von dem adenoiden «Schlundring» (Waldeyer) nehmen. Ich denke hier in erster Linie an manche Fälle der sogenannten Skrophulose. Nicht weil das Kind an einer mystischen skrophulösen Diathese leidet, bekommt es Wucherungen des adenoiden Gewebes an den Tonsillen, namentlich der Rachentonsille, sondern durch bacterielle Invasion tritt eine Entzündung dieses Gewebes ein, und die Mikroorganismen gelangen nun auf den Lymphbahnen zu Auge, Ohr, Gesicht, Lippen, Nackendrüsen etc. und setzen dort frische Entzündungserscheinungen, von denen aus oftmals durch die Finger eine weitere Uebertragung über die Haut des ganzen Körpers stattfindet.

Dass die Bacterien in die Tonsillen eindringen, haben u. A. die Herren Fischer und Pluder durch den Nachweis von Tuberkelbacillen in den adenoiden Wucherungen der Rachentonsille uns hier im Vereine demonstrirt.

Dass eine allgemeine antiskrophulöse Behandlung und deren langsamer Erfolg nicht gegen diese Anschauung spricht, geht schon daraus hervor, dass es möglich ist, durch solche allgemeine Behandlung die entzündlichen Veränderungen in der Rachentonsille zu beeinflussen, was Herr Engelmann noch kürzlich hier im Verein bei der Discussion über den Saenger'schen Vortrag über Neurosen im Kindesalter betont hat.

Werden nun aber die entzündlichen adenoiden Wucherungen in etwas schnellerer Weise operativ entfernt, so schwindet, wenn noch keine secundäre Tuberculose da ist, das ganze «skrophulöse» Krankheitsbild, das vorher sich zwar besserte, aber immer recidivirte, rasch und völlig, weil eben der eigentliche Krankheitsherd entfernt ist.

Zur Bekräftigung dieser Auffassung gestatte ich mir, Ihnen noch folgende 3, gerade in der letzten Zeit gesehenen Fälle zu berichten.

1. H., Kind von 1½ Jahren, ist seit circa einem halben Jahre krank. Anaemie, geringe Rachitis, Mund weit geöffnet, aus der Nase entleert sich schleimig-eitriges Secret. Cervical- und Halsdrüsen stark kettenförmig geschwollen, typischer «skrophulöser Schweinskopf». Im Gesicht zahlreiche Pusteln; ebenso auf der Schleimhaut der Lippen und der Wangen. Es wird in Narkose eine ausserordentlich grosse, zerklüftete, weiche Rachentonsille entfernt. Nach circa 4 Wochen ist von den ganzen «skrophulösen» Erscheinungen nichts mehr zu bemerken.

2. H., Kind von 2 Jahren, leidet seit 1½ Jahren an «Lichen scrophulosorum» in verschiedener Intensität. Die übliche Allgemeinbehandlung hatte nur den Erfolg, die Intensität der Erkrankung in Schranken zu halten, während das Leiden an sich constant blieb. Ein consultirter Dermatologe machte ebenso wie ich auf die voraussichtlich sehr lange Dauer des Leidens aufmerksam und erzielte therapeutisch auch nicht mehr. Nach einiger Zeit bekam das Kind Drüsenschwellungen am Nacken, pustulöse Entzündung der Haut des Gesichts und der Mundschleimhaut, ohne dass eine bemerkenswerthe Behinderung der Nasenathmung bestand. Inzwischen war uns der Zusammenhang dieser Erkrankungen mit den adenoiden Wucherungen klar geworden. Ich constatirte dieselben bei dem Kinde und entfernte ebenfalls eine grosse, weiche, zerklüftete Rachentonsille. Nach der Operation schwand die ganze Dermatitis, die Drüsenschwellungen völlig dahin.

3. K., 6jähriger Knabe, kam in meine Behandlung mit typischem «skrophulösen Schweinskopf»; alle Drüsen am Nacken und den Kieferwinkeln stark geschwollen; am rechten Auge 2 Phlyctaenen; im Gesicht zahlreiche pustulöse Infiltrate; auf der Schleimhaut der Oberlippe 2, fast den Eindruck eines beginnenden Lupus machende harte Knötchen; aus der Nase entleert sich reichlich schleimig-eitriges Secret. Keine wesentliche Behinderung der Nasenathmung. Patient schläft mit geschlossenem Munde. Unter Allgemeinbehandlung Besserung der Hauterscheinungen; die Drüsen bleiben un-

verändert. Nach Entfernung einer zerklüfteten, weichen Rachentonsille völliges Verschwinden der Erscheinungen. Die Drüsen verschwinden links ganz; rechts dauerte die Abschwellung sehr lange (secundäre Tuberculose?).

Es ist natürlich nothwendig, in diesen Fällen die bestehenden Hauterscheinungen einer indifferenten Schutzbehandlung zu unterwerfen, schon um weitere Contactüberimpfung zu verhüten. Auch empfiehlt es sich, nachher noch antiskrophulös weiter zu behandeln, schon um auf etwaige Reste der entzündlichen Wucherungen einzuwirken. Während aber sonst unter dieser Allgemeinbehandlung langsame Besserung erzielt wird, bewirkt die Entfernung des Infectionsherdes in der Rachentonsille rasche Heilung.

Es ist durchaus nicht nöthig, dass die «adenoiden Wucherungen», wie es bei den hyperplastischen Formen derselben gewöhnlich ist, durch Behinderung der Nasenathmung auf ihre Existenz hinweisen; nicht einmal das Fehlen des bei kleinen Kindern für adenoide Wucherungen geradezu pathognomonischen, chronischen Schnupfens spricht gegen ihre Anwesenheit. Ich möchte dringend empfehlen, bei allen diesen Fällen von «Skrophulose» auf Entzündungen der Rachentonsille zu fahnden.

Mit meiner Anschauung, dass viele Fälle von «Skrophulose» nichts Weiteres darstellen, als Allgemeininfectionen von den Tonsillen aus, befinde ich mich übrigens in guter Gesellschaft. So sagt z. B. Zarniko (Lehrbuch der Krankheiten der Nase p. 68), dass viele Fälle von Skrophulose lediglich Nasenaffectionen ihre Entstehung verdanken, womit er wohl wesentlich an die Wucherungen der Rachentonsille gedacht hat. Ferner sagt Gallois (Soc. de thérapeutique 8. XII. 97) direct, die «adenoiden Wucherungen» sind die Ursache der Skrophulose.

Hinsichtlich der Beurtheilung des therapeutischen Effects der Entfernung der weichen, chronisch entzündeten Rachentonsille für die Aetiologie der Skrophulose ist natürlich besonders wichtig, dass man darauf achtet, dass viele dieser Fälle, nachdem durch die primäre Entzündung der Drüsen, Lymphbahnen etc. eine Verminderung der Resistenzfähigkeit des Gewebes geschaffen ist, secundär an Tuberculose der befallenen Drüsen etc. erkranken. Diese secundäre Tuberculose wird natürlich durch die Entfernung der Rachentonsille nicht mehr beeinflusst.

Dass es auch Fälle von primärer Hals- und Nackendrüsentuberculose von den Tonsillen aus gibt, erhellt aus den citirten Angaben von Schlenker (l. c.), Fischer und Pluder (l. c.).

Alles in Allem scheint mir, dass der «adenoide Schlundring» eine viel häufigere Eingangspforte für Allgemeininfectionen darstellt, als man gemeinhin anzunehmen geneigt ist.

Aus der inneren Abtheilung des Louisenhospitals in Aachen (Oberarzt: Prof. Dr. Dinkler).

Bacteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten.

Von Dr. *Otto Zusch*, Assistenzarzt.

Die schon früher mehrfach ventilirte Frage nach der Aetiologie des Keuchhustens ist in neuester Zeit, besonders seit den ausführlichen Mittheilungen von Czaplewsky-Hensel[1]) wieder eine actuelle geworden.

Etwa um dieselbe Zeit, in welcher die eben genannten Autoren ihre ersten positiven Resultate zu verzeichnen hatten, im Juni vorigen Jahres, hatte ich Gelegenheit, im hygienischen Institut zu Heidelberg das Sputum eines an typischem Keuchhusten erkrankten Kindes bacteriologisch zu untersuchen. In Deckglaspräparaten jenes Auswurfs fanden sich in auffallender Menge sehr kleine Bacterien, welche den Influenzabacillen sehr ähnlich erschienen, sich jedoch bei der Züchtung als von diesen sehr wesentlich verschieden erwiesen[2]).

Dem damals mehrfach mit dem gleichen Ergebnisse untersuchten ersten Falle, welchen ich noch dem Material der medicinischen Poliklinik zu Heidelberg[3]) verdanke, konnte ich hier im Laufe des verflossenen Winters 24 weitere[4]) hinzufügen, welche überraschender Weise genau denselben positiven bacteriologischen Befund lieferten. Die gewonnenen Resultate möchte ich kurz hiermit bekannt geben; eine ausführlichere Publication wird an anderer Stelle (im Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten, Dr. O. Uhlworm in Cassel) erfolgen.

Die Untersuchungen wurden regelmässig in der Weise vorgenommen, dass zunächst Deckglastrockenpräparate des Sputums angefertigt wurden; dann wurde das Sputum zu Culturzwecken weiterhin verarbeitet.

Was die Deckglaspräparate anlangt, so gelang in diesen die Auffindung der fraglichen Bacterien am leichtesten bei frischen uncomplicirten Fällen während der ersten 2 bis 3 Wochen der Erkrankung: im katarrhalischen Stadium und im Beginn des convulsiven. In dem um diese Zeit expectorirten Auswurf erkennt man, wenn man denselben etwa 1 Stunde in Wasser stehen lässt, ohne Mühe eigenthümliche kleine, sehr blasse Schleimflocken und Schleimklümpchen, welche gegen einen schwarzen Untergrund betrachtet, leicht bläulich durchscheinen. Dieselben lieferten stets das geeignetste Material zur Untersuchung, sowohl zur Herstellung guter mikroskopischer Präparate, als auch zur Gewinnung von Plattenculturen.

In Deckglaspräparaten von derartigen Schleimpartikelchen, die zuvor in destillirtem Wasser mehrere Male abgespült wurden, waren die fraglichen Bacterien regelmässig in grösserer oder geringerer Menge neben anderen Mikroben, zuweilen anscheinend auch in Reincultur nachzuweisen; und zwar erwiesen sich dieselben bei Färbung mit verdünntem Carbolfuchsin als sehr kleine ovaläre Kurzstäbchen, etwas grösser als Influenzabacillen, meist nur 1½—2 mal so lang als breit, selten etwas länger. Bei weniger intensiver Färbung erschienen die Kurzstäbchen zuweilen auf den ersten Blick als Diplococcen, da die Mitte derselben sich schwach gefärbt zeigte, wenn die Farblösung zu schwach war oder nicht lange genug einwirkte.

Die eben beschriebenen Bacterien finden sich meist frei in der schleimigen Grundsubstanz des Sputums, seltener in Zellen eingeschlossen, ihre Gruppirung ist meist eine ziemlich regellose; doch kommt zuweilen Anordnung in Häufchen, gelegentlich auch paarweise parallele Nebeneinanderlagerung, sowie die Bildung kurzer Kettchen (aus 2, selten aus 3 oder 4 Bacterien) vor. Was die Häufigkeit des Vorkommens der Bacterien im Sputum anbetrifft, so variirt dieselbe ziemlich erheblich; in der Regel zwar waren sie in reichlicher Menge vorhanden, und nur ausnahmsweise war ihre Zahl so gering, dass man längere Zeit nach ihnen suchen musste.

Bei der Verarbeitung des Sputums zwecks Gewinnung von Reinculturen stellte sich heraus, dass das Kitasato'sche Verfahren in etwas abgekürzter Form am zweckmässigsten war: Die oben befindlichen Schleimklümpchen wurden in drei mit destillirtem Wasser gefüllten, sterilen Petrischalen energisch abgespült und dann mittels einer entsprechend weiten Platinöse auf festen Nährböden ausgestrichen. Wir müssen, im Gegensatz zu den Angaben C. Spengler's[5]), die Nothwendigkeit einer gründlichen Reinigung des Sputums vor der Verwendung desselben zu Culturzwecken entschieden behaupten. Denn bei Unterlassung dieser Abspülung war die Flora des Sputums eine sehr variable und die Reinzüchtung der in Frage kommenden Bacterien dadurch äusserst erschwert.

Als Nährboden fand ich einen «Anasarkaflüssigkeit-Glycerinagar»[6]) besonders geeignet und kann denselben für

---

[1]) E. Czaplewsky und R. Hensel: Bacteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten. a) Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 37. b) Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten (Dr. O. Uhlworm in Cassel), Bd. XXII, No. 22 bis 25.

[2]) Herr Professor Cramer war so liebenswürdig, meine Befunde wiederholt zu controliren.

[3]) Als Assistenzarzt bei Herrn Professor Vierordt.

[4]) Einen Theil derselben verdanke ich dem freundlichen Entgegenkommen einiger Herren Collegen hier, welche mir das Sputum keuchhustenkranker Kinder aus ihrer Praxis gütigst zur Verfügung stellten.

[5]) C. Spengler: Bacteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 52.

[6]) Hergestellt aus:
Anasarkaflüssigkeit 500 g,
1¼ Proc. Agar,
1 Proc. Pepton,
½ Proc. Kochsalz,
6 Proc. Glycerin,
neutralisirt mit 1/10 Normalnatronlauge, alkalisirt mit 1 proc. Normalsodalösung.

weitere Nachprüfungen sehr empfehlen. Doch liess sich auch auf den gewöhnlich gebräuchlichen Agarnährböden ein genügendes Wachsthum erzielen.

Die auf dem «Anasarkaagar» aufgehenden Culturen des Kurzstäbchens waren ziemlich klein, rundlich, leicht erhaben (tröpfchenartig), bei auffallendem Lichte grau bis graugelblich, bei durchfallendem Lichte bläulich durchscheinend, leicht opalescirend, bei mikroskopischer Betrachtung blassgraugelblich, feingranulirt (wie bestäubt) und oft kaum von anderen, zugleich aufgegangenen Culturen zu unterscheiden.

Eine sichere Erkennung gelang jedoch durch Mikroskopiren von Ausstrichpräparaten in jedem Falle, manchmal freilich nur mit Mühe. Aehnlich, wenn auch weniger intensiv, war das Wachsthum auf gewöhnlichem Agar-Agar, Glycerinagar, Traubenzuckeragar, am lebhaftesten noch auf Glycerinagar, etwas langsamer auf gewöhnlichem Agar-Agar und auf Traubenzuckeragar. Auf Blutagar war die Entwicklung nicht lebhafter, als auf Glycerinagar.

Bei weiterer Uebertragung erschienen die Bouillonculturen besonders charakteristisch; dieselben zeigten nach 24 Stunden niemals deutliche Trübung; am Boden fand sich regelmässig ein spärliches, später reichlicher werdendes, eigenthümlich krümeliges Sediment. Häutchenbildung auf der Oberfläche der Bouillon trat nie ein.

Gelatine wurde nicht verflüssigt. Längs des Gelatinestrichs entwickelte sich ein scharf linear begrenzter, graulicher Streifen; am oberen Ende desselben erschienen die einzelnen Colonien als feinste, opalescirende Thautröpfchen.

Auf Kartoffel konnte ein Wachsthum nicht erzielt werden. Andere Nährböden kamen bisher nicht in Anwendung.

Was die weiteren biologischen Eigenschaften des gefundenen Kurzstäbchens angeht, so ist dasselbe unbeweglich, wenig resistent, besonders gegen stärkere Hitzegrade, und bildet keine Sporen. Bei dem gewöhnlichen Gram'schen Färbungsverfahren zeigte sich das Stäbchen meist entfärbt. Es verhält sich facultativ anaërob. Traubenzucker wird nicht vergährt, Milch nicht coagulirt.

Eine Agglutination der Bacterien im Sinne der Widal'schen Reaction trat nicht ein; selbst in dem unverdünnten Blutserum eines Kindes, welches zwei Monate zuvor Keuchhusten überstanden hatte, blieben die Bacterien (bei dreitägiger Dauer der mikroskopischen Beobachtung) unverändert (keinerlei Zeichen von Quellung oder Auflösung etc.). Nach Zusatz von eben diesem Serum zu Bouillon war das Wachsthum eher ein lebhafteres, als in einfacher Bouillon.

Thierversuche fielen seither stets negativ aus; es wurden (meist intratracheale) Impfungen an Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen und weissen Mäusen in beschränkter Zahl ausgeführt.

Von den 25 untersuchten Fällen waren 6 in andauernder klinischer Beobachtung; dieselben gewannen insofern ein ganz besonderes Interesse, als die bacteriologischen Befunde mit dem klinischen Verlaufe eine höchst auffallende Congruenz zeigten: je reiner und uncomplicirter das klinische Krankheitsbild sich erwies, desto zahlreicher zeigten sich die fraglichen Bacterien im Sputum, desto leichter gelang auch die Reincultivirung derselben. Bei hinzutretender stärkerer Bronchitis wurden die Befunde spärlicher, die Bacterien traten gegenüber anderen Mikroben (meist Coccen) an Menge zurück, und in einem Falle, in welchem eine Bronchopneumonie mit gutartigem Verlauf zur Beobachtung kam und nach Ablauf derselben keine typischen Keuchhustenanfälle mehr auftraten, waren mit dem Wegbleiben dieser Anfälle zugleich auch die vorher nachgewiesenen Kurzstäbchen nicht mehr aufzufinden, weder in den Sputumpräparaten, noch auf der Agarplatte. Ob hier mit dem Abschluss der Bronchopneumonie zufällig auch zugleich die Keuchhustenerkrankung abgelaufen war, oder ob die secundäre pneumonische Infection eine Vernichtung der zuvor reichlich vorhandenen Bacterien und damit eine Art von Autoimmunisirung des Organismus zur Folge hatte, muss bei der vorläufig noch ungenügenden Klärung der Frage, welche Bedeutung dem beschriebenen Bacterium in der Aetiologie des Keuchhustens zukommt, zur Zeit noch unentschieden bleiben. Immerhin ist die Wahrscheinlichkeit einer derartig deletären Einwirkung auf das Keuchhustenvirus durch das Hinzutreten einer secundären Mischinfection (pneumonischer Art) nicht von der Hand zu weisen.

Ein weiteres Factum von besonderem Interesse bietet die Beobachtung, dass in 2 Fällen von Keuchhusten, zu einer Zeit, wo die klinische Diagnose noch sehr unsicher und zweifelhaft war, durch die bacteriologische Untersuchung die fraglichen Mikroben nachgewiesen wurden, und damit die Möglichkeit nahegelegt wird, dass für den Fall der Bestätigung der Pathogenität der Bacterien für Keuchhusten die klinische Diagnose durch die bacteriologische Untersuchung verdächtiger Sputa gefördert werden kann.

Wenn somit die Aehnlichkeit der von mir erhobenen Befunde mit den von Czaplewsky [1]) gemachten Beobachtungen an sich schon auffallend genug erschien, so bot sich mir kürzlich weiterhin Gelegenheit, durch eine persönliche Besprechung mit Herrn Czaplewsky, bei welcher wir die verschiedenen Präparate und Culturen einer genauen gegenseitigen Vergleichung unterzogen, die vollkommene Identität der beiderseitigen, unabhängig von einander gewonnenen Resultate festzustellen. Die so erfreuliche Uebereinstimmung der in drei so weit auseinander liegenden Territorien erzielten Ergebnisse spricht in hohem Grade für eine Constanz der mitgetheilten Befunde. Die Zukunft wird lehren, ob dem beschriebenen Bacterium die Rolle eines specifischen Krankheitserregers für Keuchhusten zuzusprechen ist oder nicht.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dinkler für die Ueberlassung des Materials und für die mir bei der Bearbeitung desselben gütigst ertheilten Rathschläge meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Beitrag zur Kenntniss der secundär malignen Neurome.

Von Dr. med. *Habermann*, Wismar.

Das zuerst von Garrè (1) aufgestellte klinische Bild der secundär malignen Neurome stützt sich zunächst auf die von Bruns und Czerny, später von v. Recklinghausen geführten Nachweise, dass einerseits das Rankenneurom, andrerseits die multiplen Fibrome der Haut, das sogenannte Fibroma molluscum, in inniger Beziehung stehen zu den multiplen Neuromen der Nervenstämme. Es ergibt sich so das Bild der congenitalen Neurofibromatose oder Elephantiasis nervorum oder Elephantiasis neuromatodes congenita. Ferner gehören zu diesem Symptomencomplex noch die circumscripten Hautfalten und die angeborenen oder später auftretenden Pigmentirungen und Naevi der Haut. Die ursprünglich gutartigen Neurofibrome zeigen nun eine ausgesprochene Tendenz zur sarkomatösen Degeneration. Ein zunächst reines Neurofibrom eines Nervenstammes oder terminalen Hautastes beginnt nach längerem, vielleicht Jahre langem Bestande zu degeneriren, es entwickelt sich ein Sarkom des Nerven. Mit dieser sarkomatösen Degeneration beginnt die vorher in der Regel symptomlos verlaufende Erkrankung subjective Erscheinungen zu machen, indem sich Störungen seitens des erkrankten Nerven in Gestalt von Paraesthesien, Paresen und vor Allem oft sehr heftigen Neuralgien und Druckschmerz einstellen. Im Uebrigen bildet der Tumor, dessen Zusammenhang mit einem Nerven, namentlich wenn es sich um einen grösseren Stamm handelt, deutlich, oft auch nur muthmaasslich nachweisbar ist, auch in dieser Zeit der beginnenden Degeneration das einzige objectiv nachweisbare Symptom, denn sehr lange fehlen alle Ausfallerscheinungen im Gebiete des erkrankten Nerven. Erst die Beobachtung aller Nebenbefunde führt zur richtigen Diagnose. Garrè unterscheidet (l. c.) diese secundär malignen Neurome von den primären Sarkomen der Nerven, für welche F. Krause (2) das klinische Bild entworfen hat. Der Unterschied ist nach Garrè zuerst ein allgemeiner. Bei den secundär malignen Neuromen das ausgesprochene oder bei genügend genauer Untersuchung und Beobachtung wenigstens angedeutete Bild der multiplen Neurofibromatose mit allen oder einzelnen der oben angegebenen Kennzeichen; beim primären Nervensarkom der Mangel einer allgemeinen Erkrankung, das Fehlen aller Zeichen einer Nerven- und Hautfibromatose. Beim secundär malignen Neurom oft erbliche Belastung, welche ebenfalls auf das Vor-

kommen einer congenitalen Neurofibromatose zurückführt, oft ferner schon in frühester Jugend die Kennzeichen der oben genannten Krankheit, beim primären Sarkom nichts Derartiges. Sodann bestehen wesentliche locale Unterschiede. Während sich das primäre Sarkom durch nichts von den Sarkomen der Weichtheile speciell der Fascien unterscheidet, ungeheuer schnell wächst, bald die Kapsel durchbricht und in die Nachbarschaft hineinwuchert, sehr früh Metastasen, fast regelmässig in kurzer Zeit locale Recidive macht, bleiben die secundär malignen Neurome trotz ebenfalls oft sehr raschen Wachsthums, sofern sie nur eine Theilerscheinung der congenitalen Elephantiasis nervorum sind, ungeheuer lange in ihrer Kapsel liegen, lassen sich aus dem umgebenden Gewebe, mit dem sie sehr spät, meist erst als seltenes Recidiv verwachsen, ausschälen, bilden sehr selten solche locale Recidive, dagegen regelmässig multiple, regionäre sowie allgemeine. Endlich sind innere Metastasen, wenn überhaupt, dann sehr spät beobachtet, während das primäre Nervensarkom sich durch frühe Metastasen auszeichnet. Garrè konnte also mit Recht behaupten, dass die primären Sarkome der Nerven im Ganzen grössere Malignität zeigen, als die secundär malignen Neurome, womit doch wohl die Neigung bezw. Abneigung zur localen Recidiv- und Metastasenbildung gemeint ist. Man muss also unbedingt Hartmann (3) Recht geben, wenn er den Einwurf Scheven's (4) gegen diese Behauptung Garrè's zurückweist. Damit kann die Prognose quoad vitam nicht besser werden, denn in der der Elephantiasis nervorum eigenthümlichen Neigung zur multiplen Recidivbildung sowie sarkomatösen Degeneration auch dieser Recidive liegt die Aussichtslosigkeit einer dauernden Heilung begründet.

Garrè hat das klinische Bild der secundär malignen Neurome auf der Basis von 16 Beobachtungen, welche der Litteratur entnommen wurden, und einer eigenen Beobachtung aufgestellt und ist dabei zu dem Resultate gekommen, dass die Neigung zur sarkomatösen Degeneration bisher an 12 Proc. aller bekannten Fälle von Neurofibromatosis congenita nachzuweisen ist. Die Casuistik ist dann fast gleichzeitig mit Garrè durch Goldmann (5) vermehrt, welcher in seinem 2. Falle ein unzweifelhaftes Beispiel von congen. Neurofibr. mit secundär maligner Degeneration gibt. Goldmann steht übrigens auf dem Standpunkte Garrè's, indem er eine congenitale Neurofibromatose mit der Neigung zur sarkomatösen Degeneration für erwiesen hält, aber er scheidet nicht zwischen primärem und secundärem Sarkom im Sinne Garrè's. Für die klinische Seite unseres Krankheitsbildes ist im Uebrigen die Goldmann'sche Arbeit von weniger Bedeutung, da G. auf diese nicht ausdrücklich eingeht. Dennoch erfährt das klinische Bild dadurch eine Erweiterung, indem Goldmann (l. c. pag. 39) einen Fall von Genersich erwähnt, bei dem gleichzeitig Epispadie bestand. Es wäre also auf das gleichzeitige Vorkommen congenitaler Missbildungen zu achten. Vielleicht gehört hierher auch die von Schlange (6) bei einem noch zu erwähnenden Fall beobachtete Stupidität. In neuester Zeit haben Scheven und Hartmann weitere Fälle von secundär malignem Neurom publicirt. Ersterer erwähnt (l. c.) den schon genannten Goldmann'schen Fall, sodann aus Virchow's Archiv einen von Finotti veröffentlichten Fall, sowie eine Beobachtung aus der Tübinger Klinik. Abgesehen von dem zweifelhaften Fall Hume's dürften die andern 3 als dem von Garrè entworfenen Bilde angehörig zu betrachten sein. Endlich hat Hartmann (l. c.) aus der Rostocker Klinik eine eigene Beobachtung veröffentlicht, die sich ebenfalls dem genannten klinischen Bilde anpasst. Es ist jedenfalls bemerkenswerth, dass bei allen nach Garrè's Veröffentlichung bekannt gewordenen Fällen von congenitaler Neurofibromatose die Neigung zur sarkomatösen Degeneration unzweifelhaft nachgewiesen ist. Auf dem XXVI. Congress der Deutsch. Ges. f. Chirurgie hat v. Büngner (7) einen Fall von reiner Neurofibromatose sehr eingehend besprochen, im Uebrigen die Neigung zur sarkomatösen Degeneration im Allgemeinen anerkannt. Die sehr ausführliche Krankengeschichte bietet manche Berührungspunkte mit meinem Fall, so dass ich noch darauf zurückkomme. Im Anschluss daran hat dann Schlange (8) einen Fall erwähnt, der von ihm früher beobachtet ist. Auch hier ist die secundäre Malignität nachgewiesen. Immerhin ist die Zahl der beobachteten Fälle — es sind nunmehr mit dem letztgenannten 22 — noch klein. Die Wichtigkeit, das Material möglichst zu sammeln, um so die von Scheven und Finotti (bei Scheven l. c.) noch bezweifelte strenge Scheidung vom primären Nervensarkom auch klinisch — pathologisch anatomisch und ätiologisch will Scheven dieselbe schon heute anerkennen — zu bestätigen, liegt auf der Hand. Desshalb sei mir gestattet, einen Fall aus meiner Praxis mitzutheilen, welchen man wohl mit Recht als einen klassischen Fall von secundär malignem Neurom bezeichnen kann, und welcher daneben noch einige neue interessante Eigenthümlichkeiten zeigt.

Krankengeschichte.

Caroline Sch., 28 Jahre alt, ledig, stammt aus gesunder Familie, zahnte rechtzeitig und lernte ebenso laufen; war bis zum 3. Lebensjahre angeblich gesund, hatte dann Scharlach und Keuchhusten, im 9. Jahre soll zuerst bemerkt sein, dass sie «schief wurde». Später noch Diphtherie und 1892 Rippenfellentzündung. Menstruation erst mit 24 Jahren, zuerst regelmässig, seit Sommer 1896 ganz unregelmässig.

Um Ostern 1893 bekam Patientin brennende Schmerzen und Ameisenkriechen im rechten Fuss, namentlich auf dem Fussrücken und in den Zehen. Die Schmerzen nahmen so zu, dass Patientin kaum die Bettdecke auf dem Fuss leiden konnte. Auch das Sitzen auf der rechten Gesässhälfte wurde schmerzhaft, schliesslich so unerträglich, dass ich im Juni 1893 um Rath gefragt wurde. Ich fand dicht unter der rechten Incisura ischiadica einen etwa enteneigrossen, sehr empfindlichen Tumor, welcher nach den Seiten verschieblich war, nach oben und unten in einen Strang auslief, den ich für den N. ischiadicus, und daher den Tumor für ein Neurom dieses Nerven ohne Weiteres ansprechen konnte. Nachdem ich zunächst rein symptomatisch behandelt hatte, die Schmerzen aber immer heftiger wurden, entschloss ich mich zur Exstirpation des Neuroms. Diese Operation wurde am 7. XI. 1893 in Chloroformnarkose vorgenommen. Nach Blosslegung des mit der Umgebung nirgends verwachsenen Tumors bestätigte sich die Annahme, dass derselbe vom N. ischiad. ausging. Eine Trennung vom Nerven war nur mit Resection des letzteren möglich. Es wurde desshalb 1–2 cm über und unter dem Tumor der Nerv durchschnitten, die grosse, wohl 10—11 cm lange Lücke im Nerven konnte auch beim völlig nach hinten gezogenen Bein nicht ausgeglichen werden, desshalb wurde die Nervenplastik nach Art der Hueter-Czerny'schen Sehnenplastik mit Zuhilfenahme grosser paraneurotischer Entspannungsnähte ausgeführt, wobei Seide und Catgut gebraucht wurden. Die Wunde wurde drainirt und durch Naht geschlossen. Heilung erfolgte per prim. sowohl an der Nerven- wie an der Hautnaht. Schon nach ca. 10 Tagen war eine deutliche Wiederherstellung der sensiblen Functionen zu bemerken, die Schmerzen waren vollkommen verschwunden, die starke Beugung des Knies wurde allmählich mit einer Kniestreckmaschine und Massage ausgeglichen. Auf diese Weise wurde auch allzu grosser Muskelatrophie vorgebeugt, so dass Patientin gleich nach Weihnachten 1893 schon mit Gehversuchen, zunächst mit Hilfe von Krücken, anfangen konnte. September 1894 konnte Patientin vollkommen frei gehen, ohne irgend welche Störung im Bein. — Der exstirpirte Tumor stellte sich als eine spindelförmige Auftreibung des Nerven dar. Er hatte eine derbe, feste Consistenz und in seiner Kapsel sah man mit blossem Auge vereinzelte Nervenfasern pinselförmig auseinandergedrängt verlaufen. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Fibrosarkom.

Bald nachdem Patientin wieder umherging bemerkte sie Lahmheit im rechten Arm und darauf Brennen und Ameisenkriechen, Hitzegefühl und zeitweilig Schmerzen im kleinen Finger und Ringfinger der rechten Hand. Im Februar 1895 fand Patientin selbst am rechten Oberarm einen Knoten, der jetzt starke Schmerzen spontan und auf Druck machte. Ich fand am 12. II. 1895 einen etwa kirschengrossen Tumor am rechten Oberarm an der inneren Seite des M. biceps, bei welchem ebenfalls der Zusammenhang mit einem Strange, also mit Wahrscheinlichkeit zu vermuthen, einem Nerven gefunden wurde. Wegen hochgradiger Schmerzen exstirpirte ich im April 1895 auch dieses Neurom, welches sich als dem N. ulnaris angehörig erwies, was schon aus der Localisation der Paraesthesien und Schmerzen von mir vermuthet war. Auch hier wurde der Nerv resecirt und die Enden durch directe und indirecte Naht vereinigt. Heilung wiederum per prim. Schon bald nach der Operation fand sich, dass die motorische Function des Armes und der Hand wenig gestört war, die Störung der Sensibilität beschränkte sich auf die Unempfindlichkeit des kleinen Fingers und der ulnaren Seite des Ringfingers. Schon wenige Wochen nach dieser Operation konnte Patientin die Hand zur feineren Handarbeit wieder gebrauchen. Das makroskopische Bild des Tumors war dasselbe wie beim N. ischiad. Auch hier die derbe, feste Consistenz und in der Kapsel die pinselförmig auseinandergedrängten Fasern. Die mikroskopische Untersuchung ergab ebenfalls: Fibrosarkom.

Im November 1895 (also 9 Monate später) bemerkte Patientin Schmerzen beim Kämmen auf der linken Kopfhälfte, namentlich am Hinterkopf. Ich fand vier bis erbsengrosse Geschwülste im Gebiete der Nn. occipitales sin. Am 17. I. 1896 nahm ich die beiden grösseren, am heftigsten schmerzenden Tumoren fort. Die

kleineren waren noch sehr wenig schmerzhaft, vielleicht gar nicht, denn nach Entfernung der grösseren waren alle Schmerzen eine Zeit lang gehoben. Uebrigens liess ich die kleineren nur desshalb sitzen, weil die Narkose an diesem Tage so beängstigend war — fortwährend sich wiederholende Asphyxie — dass ich die Operation abbrach. Eine Nervennaht erschien wegen der Function des Nerven unnöthig, die Heilung erfolgte per prim., die Schmerzen waren, wie schon erwähnt, beseitigt. — die beiden Tumoren sassen an einem Stamm im Abstande von etwa 1½ cm. Sie fühlten sich weich, etwa lipomartig an, im Gegensatz zu den früheren, welche, wie erwähnt, eine derbe Consistenz hatten. Die pathologisch-anatomische Diagnose war: beginnendes Fibrosarkom.

Das Resultat dieser Operation war, wie zu erwarten stand, ein sehr mässiges. Es stellten sich bald am Hinterkopfe neue Schmerzen ein, z. Th. in den sitzen gebliebenen beiden Neuromen, z. Th. in neuen, sich nun sehr schnell entwickelnden. Zu einer nochmaligen radicaleren Operation kam ich vorläufig nicht, da Patientin recht plötzlich ungeheuer heftige Schmerzen in der linken Regio hypogastrica bekam. Die Schmerzen wurden in wenigen Tagen so heftig, dass die Bettdecke gestützt werden musste, der Leib war gespannt, und beides, Schmerzen und Spannung, liess nicht zu, die Tiefe des Leibes und die Wirbelsäule abzutasten. In der Bauchhaut selbst fanden sich aber keine Neurome. Da ich mir keinen besondern Nutzen davon versprach, verzichtete ich auf eine Untersuchung in Narkose. Es folgte eine mehrere Wochen lange Morphiumbehandlung mit grössten Dosen. Wie heftig trotzdem die Schmerzen waren, geht daraus hervor, dass Patientin sich aus Angst vor jeder Bewegung das Uriniren versagte. Eingeschaltet muss hier jedoch werden, dass offenbar die Urinsecretion überhaupt vermindert war. Es wurden z. B. einmal nach dreitägigem Zwischenraum nur 2 Esslöffel durchaus nicht sehr concentrirten Urins entleert. Die Schmerzen am Kopfe in den rechts entstandenen Tumoren (s. Stat. praesens) waren ebenfalls so stark, dass Patientin, um auf diese Stelle keinen Druck auszuüben, den Kopf anhaltend gegen die linke Seite neigte, so dass der Kiefer trotz möglichster Polsterung in der Fossa supraclavicularis sin. einen Decubitus erzeugte. Nach circa 4 Monaten liessen bei der entsetzlich heruntergekommenen Patientin, bei welcher ich zuletzt täglich den Exitus erwartet hatte, die Schmerzen im Leibe spontan nach, das Morphiumbedürfniss nahm ab, die Urinmenge nahm zu, die Darmentleerungen kamen wieder von selbst, der Appetit besserte sich, und nach einer ungewöhnlich schnellen Morphiumentwöhnung stand Patientin eines Tages fast ohne Hilfe auf und konnte schon im Hochsommer wieder im Freien spazieren. Die einzigen Klagen waren die über Schmerzen im Hinterkopfe und in Tumoren am Gesäss. Inzwischen hatten sich nämlich zahlreiche grössere und kleinere Tumoren nach und nach gebildet. Nachdem ich kurz vorher Gelegenheit fand, Herrn Prof. Garrè die Patientin vorzustellen, und mir durch die Güte dieses Herrn das Literaturmaterial zum Studium dieses Falles zur Verfügung gestellt war, konnte ich mir am 7. November 1896 folgenden Status praesens für diese Arbeit notiren.

Zwergenhaft kleine, magere, stark linksdorsal skoliotische, im Uebrigen nicht missgebildete Person. Das Gesicht ist blass, die Gesichtszüge alt. Das körperliche Befinden ist, abgesehen von den Schmerzen z. Zt. gut. Patientin ist überaus lebhaft und munter, macht viel Handarbeit und besorgt z. Th. den Hausstand.

Auf dem Körper, namentlich den Schultern, Rücken und Bauch diffuse bräunliche Pigmentirung, daneben an genannten Körpergegenden sowie den Armen und Beinen naeviartige rundliche und längliche, kleine und grössere Pigmentflecke. An der rechten Mammilla ein weiches Fibroma molluse. von der Grösse eines Haselnusskerns. An beiden Armen, der Brust, am Bauche und linken Bein grössere und kleinere, weiche und derbere, theils pigmentirte, theils bläulich schimmernde, mehr oder weniger prominente oder ganz flache Hautgebilde. Alle diese Fibrome, welche im Uebrigen von normaler Epidermis bedeckt sind, und von denen die weichen im Innern einen härtern Strang deutlich fühlen lassen, sind auf Druck vollkommen unempfindlich. Von den naeviartigen Pigmentflecken sowie den Hautfibromen sind die Stellen des Gürtels, die Ränder der Achselhöhlen sowie die wegen der linksseitigen Dorsalskoliose rechts stark gefaltete Haut unterhalb des Thorax besonders bevorzugt.

Am Hinterkopfe im Gebiete der Nn. occipitales rechts und links finden sich 5—6 unter der Haut liegende, aber deutlich isolirbare Tumoren von etwa Erbsengrösse, doch auch kleiner. Sie sind z. Th. durch einen gemeinsamen dünnen Strang verbunden. Einige sind sehr empfindlich, andere fast gar nicht. Die Narbe, herrührend von der Operation am 17. I. 1896, ist in ihrer ganzen Ausdehnung glatt und unempfindlich. In der Nähe des oberen und unteren Endes der Narbe sitzen die beiden damals nicht entfernten Tumoren, welche grösser geworden sind und ganz erhebliche Schmerzen machen.

Am rechten Oberarm verläuft neben dem Biceps eine etwa 10 cm lange Narbe, unter derselben fühlt man mehrere vollkommen von einander isolirte Stränge, an einem derselben eine geringe Verdickung und Härte, deren Berührung aber vollkommen schmerzlos ist. Am rechten Arm und an der Hand ist keine Störung der Motilität zu erkennen, der kleine Finger erscheint etwas gekrümmt, die Mm. interossei sind atrophisch. Am kleinen Finger sowie am ulnaren Rande des 4. Fingers besteht vollkommene Anaesthesie.

Am linken Oberarm in der Gegend des Verlaufes des N. radialis über den Sulcus radialis ist ein kleiner, gut erbsengrosser Tumor im Zusammenhange mit einem dünnen Strange zu fühlen. Auch dieser Knoten ist auf Druck schmerzhaft. Die Schmerzen strahlen aus in den Mittel- und Zeigefinger, sind aber erst seit wenigen Tagen so erheblich, dass der Gebrauch des Armes behindert ist. Die vorhandenen Paraesthesien und Schmerzen sind auf das Radialisgebiet beschränkt. Im Daumen wird deutliches Ameisenkriechen verspürt.

Am linken Oberschenkel im Gebiete des N. cruralis finden sich im obern und untern Drittel zwei erbsengrosse Tumoren, die durchaus den schon beschriebenen subcutanen gleichen. Am Gesäss in der Höhe des Steissbeins rechts ein haselnussgrosser, eiförmiger, excessiv schmerzhafter Tumor, 10 cm darüber ein zweiter kleinerer, fast ganz unempfindlicher. Seitwärts davon mehrere kleinere auch unempfindliche.

Unter der rechten Incisura ischiadica die von der ersten Operation herrührende Narbe, unter welcher der N. ischiadicus als etwas verdickter, aber ganz unempfindlicher Strang zu fühlen ist. Die motorische und sensible Function des rechten Beines ist vollkommen normal.

In der von der Skoliose gebildeten Hautfalte ist ebenfalls ein erbsengrosser, heftig schmerzender Tumor zu erkennen, dessen Vorhandensein ebenso wie das des oberen am Gesäss erst seit wenigen Tagen durch die Schmerzen bemerkt ist.

In den Bauchdecken ist nichts Abnormes zu fühlen, ebensowenig im Leibe.

Am innern Rande des linken M. sternokleidomast. ist eine sehr empfindliche, eine gewisse Härte zeigende Stelle in der Tiefe der grossen Gefässe, welche den Verdacht eines Vagusneuroms nahe legt.

Patientin drängt fortgesetzt auf Operation, es wird demgemäss am 9. XI. 1896 eine Exstirpation folgender Neurome vorgenommen.

1. Am Kopfe werden 2 erbsengrosse isolirte Tumoren, bei denen ein Zusammenhang mit einem Nerven zu sehen ist, entfernt. Sodann führt auf 2 Stellen die Verfolgung des einem kleinen Knötchen anhaftenden Nerven zur Entfernung zweier, etwa 2 bis 3 cm langer Nervenäste, an denen in mehr oder weniger grossen Abständen spindelförmige Auftreibungen sich finden. Es ergibt sich so die Andeutung eines Rankenneuroms.

2. Der Tumor am Thorax, sowie die beiden am Gesäss. Bei allen wird der Zusammenhang mit einem Nerven gefunden, bei dem grösseren erkennt man wieder die auseinandergedrängten Fasern in der Kapsel.

3. Die beiden Neurome am Oberschenkel erscheinen wie die sub 2 genannten.

4. Endlich der im Radialisgebiet sitzende, dem sensiblen oberflächlichen Aste dieses Nerven angehörige.

Die Wunden werden ohne Nervennaht geschlossen. Gleich nach der Operation zeigt sich, dass erhebliche Sensibilitätsstörungen nicht auftreten. Die Heilung ist wieder eine tadellose, binnen 8 Tagen sind alle Wunden reactionslos vernarbt, die Schmerzen sind vollkommen beseitigt.

Der weitere Verlauf bringt im Ganzen nur eine Wiederholung des schon beobachteten. In sehr kurzen Intervallen kommen in zahlreichen sensiblen Hautästen neue Neurome zur Entwicklung, die dann nach und nach grösser werden und schliesslich sehr heftig schmerzen. Im Mai 1897 werden noch einmal auf vieles Drängen einige entfernt. Im Ganzen ist der Verlauf aber seitdem ein langsamerer, so dass es zur Zeit möglich ist, mit kleinen Morphiumdosen die Lage so erträglich zu machen, dass Patientin umhergeht, Handarbeit und Hausarbeit verrichtet. Sehr heftige Schmerzen macht der nun deutlich fühlbare Vagustumor, doch ist es mir bisher nicht gelungen, specifische Erscheinungen — Ausfalls- oder Reizsymptome — von Seiten dieses Nerven nachzuweisen. Das Einzige, was ich beobachten konnte, ist eine, wie es scheint constante Steigerung der Pulsfrequenz auf 112—115.

Wenden wir uns zunächst dem klinischen Theile obiger Krankengeschichte zu, so sehen wir, es fehlt kaum irgend ein Baustein zum Aufbau des klinischen Bildes der Elephantiasis neuromatodes congenita und wir sehen, dass die von v. Büngner (l. c.) geschilderte Krankengeschichte mit wenigen Einschränkungen der unsern vollkommen gleicht. Wir haben die Zeichen einer multiplen Neuromatosis congenita in Gestalt der Pigmentirungen und Naevi, in Gestalt der zahlreichen, oft Fibroma molluscum-artigen Hautfibrome; wir haben zunächst einen solitären Tumor, es folgen dann die zahlreichen Neurome der motorischen und sensiblen Nerven, von denen die letzteren am Kopfe ein Rankenneurom andeuten. Wir haben die Stammneurome des Ischiadicus und Ulnaris, verdächtig ist der Vagus und jedenfalls ebenso verdächtig die Aeste des Splanchnicus. In immer kürzeren Zwischenräumen recidiviren die Tumoren im Gebiete der spinalen und

cerebralen Nerven, es entsteht ein deutliches Bild regionärer und allgemeiner Recidive.

Auch in unserm Falle sehen wir zunächst nur Paraesthesien, Hitzegefühl und leichte Reizerscheinungen, dann erst später treten Schmerzen auf in Gestalt von Neuralgien, dann permanente spontane Schmerzen und heftiger Druckschmerz, schliesslich ein unerträglicher Zustand, der zum chirurgischen Eingriff nöthigt. Aber ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen dem v. Büngner'schen Falle und unserm, das ist das Auftreten von Sarkomen an den Nerven. Und diese Neurosarkome zeigen die Eigenthümlichkeiten, welche den secundär malignen Neuromen gegenüber dem primären Nervensarkom anhaften. Trotz der stürmischen localen Erscheinungen, trotz des zweifellos rapiden Wachsthums (namentlich beim Ischiadicus und Ulnaris) findet sich keine Verwachsung mit der Umgebung. Der am Nerven festhaftende, weil von der Scheide ausgehende Tumor lässt sich leicht von der vollkommen freien Umgebung lösen. Die Exstirpation des Tumors mit Resection des Nerven bringt vollkommene locale Heilung; kein locales Recidiv wird beobachtet, auch heute nach 5 Jahren noch nicht. Ein Jahr später ein Recidiv am fernliegenden Nervenstamm; wieder dasselbe Bild, dasselbe Resultat, abgesehen von der Sensibilitätsstörung am 4. und 5. Finger; ebenfalls kein locales Recidiv. Inzwischen entstehen neue Tumoren an den NN. occipitales, bei denen nach der Exstirpation bei der Untersuchung sich zeigt, dass die Umwandlung bezw. Degeneration zum Sarkomgewebe schon begonnen hat, aber noch nicht vollendet ist. Auch hier fehlen locale, entstehen dagegen bald regionäre Recidive, und nun kommen sehr bald allgemeine in allen möglichen Nervengebieten, wobei gleichzeitig schmerzlose, wenig und excessiv schmerzhafte Tumoren oft an demselben Nervenplexus beobachtet werden. Hier nun zeigt sich das Eigenthümliche unseres Falles. Es ist schon erwähnt, wie sich äusserlich die als Fibrosarkome erkannten Tumoren durch derbe Consistenz auszeichneten, die beginnenden Sarkome waren schon weniger fest, die nun exstirpirten sind weicher, zum Theil mit den Fingern leicht zu zerdrücken. Und die mikroskopische Untersuchung ergibt, wie des Nähern unten zu lesen ist, reine Neurofibrome! Keinen Anhalt gibt unsere klinische Beobachtung dafür, dass die secundär sarkomatöse Degeneration sich durch besondere klinische Symptome vor den reinen Fibromen auszeichnen sollte. Es war in den subjectiven Beschwerden kaum ein Unterschied zu beobachten, objectiv muss vielleicht ein schnelleres Wachsthum und deutlichere Ausfallssymptome den Sarkomen eigen constatirt werden. Das eine aber scheint sich aus dem Vergleich mit dem mikroskopischen Befunde deutlich und sicher zu ergeben, dass die Schmerzhaftigkeit mit der Alteration der Nervenfasern zunimmt und mit dem Zugrundegehen derselben wieder abnimmt; dann schliesslich werden auch motorische Ausfallerscheinungen nicht ausbleiben können, wenn nicht etwa, wie bei unsern ersten Tumoren, eine Menge Fasern intact über die Neubildung hinweggehen. Aus diesen Gründen erklärt es sich leicht, wesshalb die Neurome eine Zeit lang symptomlos verliefen; erst mit dem Wuchern des Bindegewebes tritt eine Alteration der Nervenfasern ein. Und es erklärt sich so auch die doch wohl grössere Schmerzhaftigkeit der Sarkome, in denen ja die Nervenfasern derartig alterirt werden, dass sie schliesslich ganz zu Grunde gehen. Zu erwähnen sind nun endlich noch die Erscheinungen von Seiten des Splanchnicus. Fehlen auch heute noch die Beweise, die vielleicht erst post mortem zu erbringen sind, so ist doch kaum eine andere Erklärung für die Schmerzen im Leibe möglich als die, dass es sich auch hier um Neurome des Nerven handelt. Wesshalb diese Schmerzen spontan vorübergingen, muss zunächst unentschieden bleiben. Jedenfalls könnte man daran denken, dass die vollkommen vollendete Degeneration und damit die Zerstörung der sensiblen Endäste der NN. splanchnici die Ursache dieses eigenthümlichen Verlaufes wäre. Auf die erhebliche Verminderung der Urinmenge darf ich an dieser Stelle noch hinweisen. Es ist ja bekannt, dass Reizung des Splanchnicus Verminderung der Diurese zur Folge hat.

Alles zusammengefasst: die Elephantiasis nervorum, die multiplen Neurome, die schnell erfolgenden regionären und allgemeinen Recidive, die maligne Degeneration der ersten Tumoren, die offenbar geringe Bösartigkeit dieser Sarkome, das Alles passt sich dem Garrè'schen Bilde der secundär malignen Neurome zwanglos an, so dass man wohl oder übel gestehen muss, ein Zufall kann eine solche Uebereinstimmung des Krankheitsbildes nicht schaffen.

(Schluss folgt.)

Bericht über die Anwendung von Sanatogen bei Kranken.

Von Dr. med. *Hermann Schlesinger,* pr. Arzt in Frankfurt a/M.

In neuerer Zeit ist eine Caseïnverbindung, «Sanatogen» genannt, hergestellt worden, welche sich von anderen in die Diätotherapie eingeführten Caseïnpräparaten wesentlich unterscheidet. Bei der Nutrose (Caseïnnatrium) und beim Eucasin handelt es sich um lösliche Verbindungen des Caseïns mit einem Alkali [1]), beim Sanatogen hingegen wird das Caseïn durch Zusatz von etwa 5 Proc. glycerinphosphorsaurem Natron in ein wasserlösliches Product übergeführt. Die Glycerinphosphorsäure, ein Spaltungsproduct des Lecithins, soll nach französischen Autoren eine die Ausnützung des Eiweisses befördernde Wirkung besitzen. Die Salze derselben, namentlich das Natrium glycerino-phosphoricum, werden von Robin, Delage, Starr bei nervösen Asthenien verschiedenen Ursprungs, Phosphaturie, Morbus Basedowii, Lumbago empfohlen. Jedenfalls würde bei der Verwendung des Sanatogen darauf zu achten sein, ob etwa nervöse Depressionszustände durch dasselbe günstig beeinflusst werden.

Verdauungsversuche mit Sanatogen, die von Vis und Treupel [2]) angestellt wurden, sind durchaus günstig ausgefallen. Danach kommt ihm die Verdaulichkeit des Fleisches zu; es wird vom gesunden Menschen gern genommen und in hohen Gaben (6 Tage lang je 69 g) gut vertragen.

Das Sanatogen ist ein weisses Pulver mit kaum wahrnehmbarem Geschmack, dem nur ein ganz schwacher Geruch zu eigen ist. Es quillt, mit wenig kaltem Wasser verrührt, auf; bei reichlichem Zusatz von Wasser ist die Quellung nicht so bemerkbar, beim Erwärmen löst es sich zu einer milchigen Flüssigkeit.

Zum Gebrauche ist es nothwendig, dass man das Präparat zuerst mit kaltem Wasser zu einem homogenen Brei verrührt, weil dadurch Klumpenbildung verhindert wird.

Am besten lässt sich Sanatogen mit warmer Milch, mit Thee- und Kaffeeabsud ohne Zucker, ferner mit Cacaoabkochung und mit Bouillon verrührt nehmen, mit letzterer besonders dann, wenn Suppenkräuter zugesetzt sind. Auch in warmem Wein mit Zucker (Saccharin) verrührt, ist es sehr wohlschmeckend. Dabei ist indessen zu beachten, dass man zuvor den Wein, falls er reichlich Säure enthält, mit Natr. bicarbonic. neutralisiren muss, weil sonst die darin enthaltene Säure das Caseïn ausfällen würde. Kinder werden Sanatogen am liebsten mit Cacao (Chocolade) nehmen.

Im Allgemeinen erwies es sich als vortheilhaft, einen gehäuften Theelöffel voll (ca. 3—4 g) auf eine Tasse Milch oder Cacaoabkochung (150—200 ccm) oder einen Teller Suppe (ca. 300 ccm) zu geben, oder einen Theelöffel voll auf ein Weinglas voll Weisswein.

Der Stickstoffgehalt des trockenen Sanatogen beträgt 91,23 Proc. [3]) Demnach liegt in demselben ein höchst concentrirtes Eiweisspräparat vor.

Verfasser hat nun das Sanatogen in verschiedenen Krankheitszuständen angewandt, über die hier berichtet werden soll:

Frl. G., 36 Jahre alt. Dilatatio ventriculi mit Gastroptose. Cardialgie. Patientin nahm vom 4. I. bis incl. 25. I. täglich 3 Theelöffel voll Sanatogen = 10—12 g in Milch. Körpergewicht am 4. I. 83 Pfd., am 28. I. 84 Pfd. Der Appetit war stets mangelhaft. Das Präparat wurde sehr gut, ohne die geringste Be-

[1]) Röhmann: Ueber einige salzartige Verbindungen des Caseïns und ihre Verwendung. Berl. klin. Wochenschr. 1895, 24. Salkowski: Ueber die Anwendung eines neuen Caseïnpräparates «Eucasin» zu Ernährungszwecken. Deutsch. med. Wochenschr. 1896, 15.

[2]) Vis und Treupel: Ueber die Verdaulichkeit einiger Eiweisspräparate. Münch. med. Wochenschr. 1898, 9.

[3]) Nach einer Analyse des Chemikers Dr. C. Bischoff enthält Sanatogen: «Feuchtigkeit 4,24 Proc., Caseïngehalt auf Trockensubstanz bezogen 9,23 Proc.» Die Differenz im Stickstoffgehalt gegenüber Vis und Treupel, die 13,02 Proc. N. = 81,375 Proc. Caseïn angeben, erklärt sich wohl durch die Verschiedenheit der Präparate. B. verwandte ein solches, das frisch und weiter getrocknet war, die letzteren analysirten wahrscheinlich älteres Sanatogen, das in feuchter Luft Wasser angezogen hatte.

schwerde vertragen, ein Widerwille während des Gebrauchs machte sich nicht geltend.

Frl. W., 22 Jahre alt. Chlorosis gravis. Ordination: Krewel's Sanguinalpillen, seit 17. I. Sol. Fowleri 2,0 Tinct. Ferri pom. 18,0, 3mal täglich einen Theelöffel voll. Sanatogen vom 4. I. bis 26. I. 3mal täglich einen Theelöffel voll. Gewicht am 4. I. 110 Pfd., am 26. I. 117 Pfd. Alle Symptome der Chlorose sind geschwunden. Sanatogen ohne Widerwillen und ohne Beschwerde genommen.

Frl. O., 24 Jahre alt. Nervöses Erbrechen. (Hysterie.) Nahm Sanatogen nur wenige Tage. Das Brechen blieb bestehen, ohne sich jedoch zu verschlimmern.

Kind K., 6 Jahre alt. Vitium cordis. Nahm 3mal täglich einen Theelöffel voll Sanatogen in Chocolade, und zwar 4 Tage lang. Gern genommen.

L., 50 Jahre alt. Acuter Darmkatarrh. (Diarrhoe.) Nahm 5 Tage lang bei bestehender heftiger Diarrhoe 3mal einen Theelöffel voll Sanatogen. Der Katarrh heilte unter Ordination von Ol. Ricini und Tannigen.

Kind H., 9 Jahre alt. Phthisis pulmonum. 8 Tage lang 3mal täglich einen Theelöffel voll Sanatogen.. Sehr gern genommen, Appetit dauernd sehr gut.

Frau W., 62 Jahre alt. Diabetes mellitus. (Schwere Form.) Hat das Sanatogen bei im Uebrigen streng antidiabetischer Diät 3 Wochen hindurch genommen, täglich 2—3 Theelöffel. In letzter Zeit 5 Tage hindurch täglich 5 Theelöffel (ca. 18 g). Niemals Widerwille oder Beschwerden eingetreten.

Frau M., 27 Jahre alt. Schwere Anaemie, Husten mit Auswurf (Phthisis pulmonum?), sehr blasses Aussehen. Patientin nimmt 3mal täglich einen Esslöffel voll Sanatogen. (Das Präparat wurde nur wenige Tage ausgesetzt.) Die sehr zarte Patientin hat eine blühendere Gesichtsfarbe, das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert, obgleich sie nach wie vor ohne fremde Hilfe ihrem Haushalt vorgestanden und für kleinere Kinder gesorgt hat. Körpergewicht von 117,5 auf 118,5 Pfd. gestiegen.

Aus den oben stehenden Krankenberichten geht hervor, dass das Sanatogen von den verschiedensten Kranken längere Zeit hindurch gern genommen wurde und dass es keinerlei Verdauungsbeschwerden erzeugte. Selbst bei bestehender Diarrhoe wurde es gut vertragen. Darüber, dass die Bekömmlichkeit des Präparates eine tadellose ist, kann ein Zweifel wohl kaum obwalten. Ferner ist mehrere Male bei Gebrauch von Sanatogen eine Erhöhung des Körpergewichtes eingetreten. Inwieweit dieselbe auf das Präparat zurückzuführen ist, lässt sich natürlich nur durch Stoffwechselversuche entscheiden. Doch sprechen die Versuche von Vis und Treupel entschieden a priori dafür, dass eine derartige leicht verdauliche Eiweisssubstanz in Verbindung mit anderen passenden Nahrungsmitteln gewiss eine Vermehrung der Körpersubstanz herbeizuführen geeignet ist.

Wenn nun auch die Zahl der hier angeführten Beobachtungen zu gering ist, um darauf hin eine allgemeine Empfehlung des Sanatogen in Krankheitszuständen zu begründen, so dürfte sie doch zu weiteren Versuchen ermuthigen. Während Pepton- und Albumosenpräparate so gut wie immer nur in relativ geringer Quantität, und auch dann nicht dauernd, wegen des meist unangenehmen Geschmackes und nicht selten sich einstellender intercurrenter Diarrhoen verabreicht werden können, haben wir im Sanatogen einen unveränderten Eiweisskörper vor uns, der allem Anschein nach in kleinen und mässigen Dosen (10 bis 20 g pro die) stets längere Zeit anstandslos gegeben werden darf. Dass es aber auch Kranken möglich ist, dauernd erhebliche Mengen des Präparates zu nehmen, zeigt der Fall der Frau M., die ca. 6 Wochen lang pro die etwa 40 g Sanatogen verbrauchte. Es gelingt also, einen wesentlichen Theil des täglichen Eiweissbedarfes in bequemer Weise zu decken, und somit dürfte das Sanatogen zweifellos da am Platze sein, wo bei mangelndem Appetit eine reichliche Darreichung von Eiweiss indicirt ist.

Ueber Vasogene als Vehikel für locale Hautbehandlung.

Von Privatdocent Dr. *Karl Ullmann* in Wien.

Aufmerksamen Beobachtern ist es kaum entgangen, dass die therapeutischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis innerhalb der letzten 2 Decennien weit mehr durch langsames Fortschreiten auf dem Boden althergebrachter Empirie, durch die Vervollkommnung vorhandener Methoden, als durch die Verwerthung principiell neuer und wichtiger Heilmethoden moderner, theoretisch begründeter Forschung zu bleibenden Resultaten gelangt sind.

Die so bequem zu applicirende, relativ ungefährliche Organotherapie hat, so Vielversprechendes von ihr auch oft berichtet wurde, für das Gebiet der Hautkrankheiten, bis jetzt wenigstens, noch gänzlich versagt. Nicht viel Besseres kann man bis nun für dasselbe Gebiet von der Serotherapie berichten, wenn auch die glänzenden Resultate, die damit auf anderen Gebieten (Diphtheritis, Streptococcenkrankheiten) erzielt wurden, Ursache genug bilden, von dieser Heilmethode auch zur Beseitigung wenigstens gewisser bacteritischer, zumal pyohaemischer Erkrankungen der Haut (Rotz, Tuberculose, Syphilis, Lepra etc.) noch Hervorragendes zu erwarten.

Auch die auf anderen Gebieten der praktischen Medicin in letzter Zeit gewiss mit Recht wieder in den Vordergrund gerückten rein diätetischen Stoffwechselcuren (Entziehungs-, Ernährungstherapie), haben erfahrungsgemäss auf die schwer heilbaren, zur diffusen Ausbreitung und Recidiven neigenden habituellen Dermatosen wie Ekzem, Psoriasis-, Lichen-, Prurigo-Formen bis jetzt einen eingreifenden Einfluss nicht gewinnen können. Es kann diesen letzteren vor der Hand nur ein in speciellen Fällen die Heilung unterstützender Einfluss zuerkannt werden.

Die Bemüssigung, uns im Sinne F. Hebra's einer eifrigen Localbehandlung der Hautkrankheiten zu befleissigen, Mittel und Methoden der letzteren nach jeder Richtung zu vervollkommnen, bleibt demnach auch weiterhin unsere Hauptaufgabe.

Bei der Localtherapie spielen nun Arzneikörper und Vehikel, das ist also das jeweilige Medicament, sowie die Methode seiner Application, oft genug eine gleich wichtige Rolle. Nur durch die genaue Kenntniss der Einwirkung beider Factoren auf die gesunde und die erkrankte Haut hat es der Arzt in der Hand, methodisch einwirken, Art und Intensität der Localtherapie für jede Phase des Krankheitsprocesses dosiren und damit den Erfolg vorausbestimmen zu können.

Dass darin die Hauptschwierigkeit, die Kunst des Arztes bestehe, ist stets von den Aerzten gefühlt, von den grossen Klinikern auch öffentlich gesagt worden.

Wenn auch die Technik noch so sehr bestrebt ist, die Therapie einfach, für Jedermann durchsichtig zu gestalten; individuelle Schwankungen in der Empfindlichkeit der Haut, deren ungemein variable Reactionsgabe für verschiedene stark wirkende Medicamente, die sogenannte Idiosynkrasie der Haut für selbst indifferentere Maassnahmen, als deren Ursache sich übrigens in einem Guttheil der Fälle für den Verständigen ganz concrete Momente zu offenbaren pflegen, schliessen es an sich wohl aus, dass hier der Arzt durch schablonenhafte Verordnung von an sich auch gut wirkenden Medicamenten förmlich verdrängt werden könnte. Schon der zu gewissen Zeiten und Phasen der Krankheitsprocesse nothwendige Wechsel in der Stärke und Art der Mittel, in der Methode ihrer Verwendung, das sogenannte Tempo der Behandlung, wird der Erfahrung des Arztes den ihr gebührenden Platz stets bewahren.

Will der Arzt bei der Behandlung der auf der Haut localisirten und somit auch der leichten Controle des wachsamen Kranken stets unterstehenden Krankheitserscheinungen sich seine schwierige Aufgabe möglichst erleichtern, sich demnach selbst vor unliebsamen Ueberraschungen bewahren, dann muss er vor Allem darnach streben, jene Momente nach Thunlichkeit auszuschalten, die die Wirkung der angewendeten Medicamente in ihrer Reinheit und Ursprünglichkeit beeinflussen und compliciren können und damit meist auch die klare Einsicht über die Wirksamkeit derselben unsicher, ja unmöglich machen.

Eines der wichtigsten von den vielen hier in Betracht kommenden Momenten (Art, Reinheit, Concentration etc. des Medicamentes) ist hier die Qualität des Vehikels.

Soll dasselbe seinem Zwecke vollständig entsprechen, so muss es folgende Eigenschaften besitzen:

1. An und für sich für die Haut und die Schleimhaut möglichst indifferent, reizlos, dabei farb- und geruchlos sein,

2. An sich, eventuell durch Beimengung ebenfalls indifferenter Stoffe, jeden Grad von Consistenz gestatten,

3. Rasch in die Epidermislagen, beziehungsweise in die Enchymzellen der Follikel eindringen, und von diesen möglichst

vollkommen resorbirt werden, also sogenannte Tiefenwirkung entfalten,

4. Möglichst verschiedenartige Arzneikörper mechanisch oder in gelöster Form jedenfalls also gleichmässig in sich aufnehmen, ohne dieselben oder sich selbst dabei zu zersetzen und dadurch die Wirksamkeit der Arzneistoffe zu modificiren,

5. Im Ueberschusse auf die Hautoberfläche gebracht, wieder leicht, d. h. ohne Anwendung lang dauernder mechanischer, thermischer oder chemischer Agentien entfernbar und

6. möglichst lange ohne Zersetzung haltbar sein.

Ausser diesen principiell wichtigen Punkten bleibt selbstverständlich ceteris paribus auch die Preisfrage in ihrem Recht.

Die wenigsten der gebräuchlichen Vehikel, seien dieselben nun Thier- oder Mineralfette, Leim, Gummi, Eiweiss, Harz, Alkohol, Aether- haltige oder Collodium- artige Substanzen, beziehungsweise Mischungen, entsprechen gleichzeitig allen oder nur den meisten der oben erwähnten und geforderten Ansprüchen.

Ich habe nun in den von J. T. Pearson in Hamburg erzeugten festen und flüssigen Vasogenen im Verlaufe der letzten 2 Jahre thatsächlich pharmazeutische Producte kennen gelernt, welche, wie mir eine nunmehr ziemlich reiche und vielseitige Erfahrung ergab, die ich zum Theile im Ambulatorium an der Poliklinik ehemals Prof. v. Hebra's in Wien, zum Theile aus Beobachtungen der Privatpraxis gesammelt habe, gleichzeitig den meisten der oben angeführten Eigenschaften und Anforderungen entsprechen, und sich dementsprechend als Vehikel für auf die Haut zur Einwirkung gelangende Medicamente ganz vorzüglich eignen.

Ihrer chemischen Natur nach sind die festen, wie flüssigen Vasogene, wie aus der ersten darüber erfolgten Veröffentlichung Prof. Bayer's in Brüssel (Deutsche med. Wochenschrift 1893 No. 39) hervorgeht, als mehr oder weniger stark oxydirte Vaseline aufzufassen. Die Vasogene nähern sich in der Reihe der Kohlenwasserstoffe auch äusserlich am meisten den flüssigen Vaselinen, unterscheiden sich von diesen jedoch durch ihre Emulgirbarkeit in Wasser und einen gewissen und zwar beträchtlichen Grad von Resorbirbarkeit durch die Haut. Nach H. v. Lohr (Ueber wasserlösliche Kohlenwasserstoffe. Vortrag, gehalten am 25. April 1894 im Hamburger Bezirksverein der Deutschen Gesellschaft für angewandte Chemie) ist nur ein Theil der in den Vasogenen enthaltenen Kohlenwasserstoffe oxydirt und diese Oxydationsproducte sind es, die in Verbindung mit etwas zugesetztem Ammoniak den unveränderten Rest von Kohlenwasserstoffen dazu befähigen, mit Wasser oder Secreten des Organismus haltbare Emulsionen zu bilden, ohne darin gelöste Medicamente zu verändern.

Die chemischen Eigenschaften der Pearson'schen Vasogene besitzen nun Dank ihrer Fabrikationsweise die insbesondere vom pharmazeutisch-technischem Standpunkte angenehme Eigenschaft, Arzneikörper mannigfacher Art, darunter Jod, Jodoform, Resorcin aber auch schwerlösliche, wie Schwefel, β-Naphtol in vollkommen gelöster Form in sich aufnehmen und unbegrenzt lange Zeit unzersetzt und gleich wirksam in sich zu behalten, für einzelne der genannten Arzneikörper, wie Schwefel, β-Naphtol, Resorcin gilt dies nicht nur für die flüssigen, sondern auch für die festen, d. h. salbenartigen Vasogene, welche die betreffenden Medicamente gleichmässig in sich aufnehmen.

Ich habe nun in den letzten 2 Jahren hinreichend Gelegenheit gehabt, die Verwendbarkeit genannter Vasogene als Vehikel für die genannten und in der Hauttherapie besonders wichtigen Medicamente zu erproben und mir auf Grund zahlreicher klinischer Beobachtungen mein Urtheil zu bilden und eben gerade die gleich Anfangs gemachten günstigen Erfahrungen mit den schon bestehenden Präparaten haben mich aufgemuntert, die Erzeugung anderer, so der mit Schwefel und β-Naphtol zu veranlassen.

Die Versuchsergebnisse sind nun von den die Eigenschaften der Vehikel betreffenden Gesichtspunkten aus betrachtet, auch weiterhin so günstige gewesen, dass ich nicht anstehe, dieselben der Oeffentlichkeit zu übergeben.

1. Quecksilbervasogene (30 u. 50 proc. metall. Hg enthaltend).

Meine ersten Erfahrungen an V.-Präparaten beziehen sich auf das 30 und 50 proc. Hg-Vasogen, das ich, angeregt durch Philippson's günstige Mittheilung auf dem 5. Congress der Deutschen Derm. Gesellschaft in Graz 1895, bald darauf in Verwendung nahm und auch bis heute beibehalten habe.

Vieles, was damals von Philippson, sowie seither von einigen anderen Aerzten bezüglich der Wirkung des in Vasogen. spissum emulgirten Hg öffentlich berichtet wurde, kann auch ich vollinhaltlich bestätigen. Ich habe zu wiederholten Malen gesehen, dass syphilitische Exantheme und Localsymptome aller selbst schwerster Art unter systematischen Frictionen mit 50 proc. Hg-Vasogen auffallend rasch schwinden und dass diese intensive Hg-Wirkung des Hg-Vasogens sich auch durch frühzeitig eintretende Salivation und Gingivitis manifestirte, Momente, die mir mehrere meiner Kranken, die sich früher auch anderer Hg-Salben, meist der officinellen, bedient hatten, übereinstimmend zeigten und sogar meist spontan angaben. Ich lasse aus diesem Grunde bei allen Inunctionscuren mit 50 proc. Hg-Vasogen stets bloss eine Menge von 2 g pro dosi und von der 30 proc. nur eine Menge von 3,0 gegenüber der gewohnten 3—4 g der officinellen graue Salbe gebrauchen.

Wiederholt wurde ich auch von den Kranken, wie dem einreibenden Personale aufmerksam gemacht, dass die Vasogensalben leichter, d. h. rascher und vollkommener in die Haut eindringen, als die officinelle graue Salbe.

Der bedeutendere Vorzug scheint mir jedoch in der absoluten Reizlosigkeit beider, der 30- und 50 proc. Hg-Vasogensalbe für die Haut gegenüber anderer, selbst frischbereiteter officinellen grauen Salben zu liegen. Dieselbe habe ich in allen, schon über 30 Fällen von methodischen Frictionscuren behufs Syphilisallgemeinbehandlung, sowie bei weiteren ebenfalls zahlreichen systematischen Localbehandlungen syphilitischer Geschwüre, verschiedenster Stellen der Körperhaut und Schleimhaut des Genitales zu constatiren Gelegenheit gehabt. Während ich weiterhin beispielsweise nach einer nur 2maligen Anwendung einiger Gramme von officinellem Unguentum cinereum gegen Morpiones noch in den letzten 2 Jahren wiederholt artificielle Dermatitis gesehen habe, bekam ich in etwa einem Dutzend mit 30 proc. Hg-Vasogen behandelten analogen Fällen des letzten Jahres, derartige unangenehme Begleiterscheinungen nicht zu Gesicht [1]).

Die Ursache dieser Erscheinung liegt höchst wahrscheinlich vorwiegend in der absoluten Säurefreiheit des Vasogens gegenüber den aus Thier- oder Pflanzenfetten zusammengesetzten Vehikeln.

Ich verschreibe zu letzterem Zwecke je nach der Ausbreitung und Behaarung der inficirten Stellen 8—15 g, die ich damit 2 mal innerhalb 24 Stunden durch einige Minuten sorgfältig einreiben, eintrocknen und andern Tages im Seifenbad reinigen lasse.

Es ist mir schon zu wiederholten Malen vorgekommen, dass Kranke sich weigern, Hg-Präparate gegen Morpiones zu gebrauchen. Ich habe in solchen Fällen, ebenso wie bei einer grösseren Reihe von Kranken auch gegen Kopfläuse das 10 proc. flüssige Naphtholvasogen 2—3 Tage lang Früh und Abends, in toto demnach 5—6 mal, im Bereiche der inficirten Haut einreiben lassen und stets auch guten Erfolg gehabt.

Diese Therapie erwies sich ebenso wirksam als die mit Petroleum, Zinnobersalbe, nur muss sie etwas länger angewendet werden; sie ist dagegen nicht reizend, hatte niemals Dermatitis zur Folge; die Anwendung ist auch angenehmer als die gebräuchliche Petroleumbehandlung, da sie geruchlos ist. Erst nach Beendigung der Cur, die 3 Tage dauert, findet natürlich wie nach jeder derartigen Cur eine mechanische Reinigung, also gründliche Seifenwaschung des Kopfes, lauwarme Douche und fleissiges Auskämmen der Haare mit in Essig getauchten dichten Staubkämmen statt, bis die Nisse vollkommen entfernt sind.

Von den flüssigen Vasogenpräparaten stelle ich das 6 proc. Jodvasogen als das bekannte an die Spitze.

2. Jodvasogen.

Bei der Verwendung des 6 bezw. 10 proc. flüssigen Jodvasogens kam ich bei Gelegenheit vieler und verschiedenartiger

[1]) Zu letzterwähnten Zwecken habe ich es für überflüssig gefunden, das stärkere, 50 proc. Hg enthaltende Präparat in Verwendung zu ziehen und mich stets mit Erfolg der nur 50 proc. Salbe bedient.

Beobachtungen in die Lage, die ausgezeichnete Verwerthbarkeit dieser Präparate als Derivans für acut oder chronisch entzündliche Affectionen, insbesondere unter oder in der Haut liegende Entzündungsproducte, geschwellte Lymphdrüsen, Orchitis, Epididymitis, Vaginalitis, Funiculitis, ferner für Periarthritis und Periostosen verschiedensten, insbesondere syphilitischen und gonorrhoischen Ursprungs bestätigen zu können und muss hierin somit L. Leistikow beipflichten, der über Jodvasogen (Monatsh. f. prakt. Derm. XIX. No. 10 und ebendaselbst XXI. No. 1, ferner in seinem Handbuch der Therapie der Hautkrankheiten) hierüber schon ausführlich berichtete. Leistikow hat die starke Jodwirkung von in die Haut intensiv eingeriebenen flüssigen Jodvasogen in der Art von förmlichen Jodschmiercuren an Stelle interner Jodmedication selbst zur Allgemeinbehandlung benützt. Obwohl diesbezüglich noch ohne eigene Erfahrung, ist mir eine derartige Ausnützung der Jodwirkung bei der von mir oft constatirten völligen Reizlosigkeit des 6 proc. Jodvasogens für entzündete, wie für gesunde Haut, zumal bei der oft betonten Aufnahmsfähigkeit der letzteren für Jodpräparate überhaupt, sehr wahrscheinlich. Durch parallelgehende Pinselungen mehrerer Hautstellen einiger Individuen mit Jodvasogen und gleichzeitig mit der, was Jodwirkung betrifft altbewährten Tct. jodi simplex, konnte ich mich ferner wiederholt bei Drüsentumoren, periostalen Schwellungen und knotiger Sykosis parasitaria von dem eclatanten Unterschiede in der geringeren Reizwirkung des Jodvasogens auf die Haut überzeugen, die bei gleicher Jodwirkung zum mindesten eine weit länger dauernde Application des 6 proc. Vasogenpräparates als mit der alkoholischen Jodtinctur gestattet. Schon die erste Einpinselung mit der letzteren wird ja meist zum Unterschiede von der mit Jodvasogen, zumal in gewissen Regionen (Gesichts-, Genital- und Schleimhaut) durch die Alkoholwirkung schmerzhaft empfunden.

3. Jodoformvasogen.

Das 1½ proc. Jodoform enthaltende flüssige Vasogenpräparat stellt eine bräunlich-gelbe, (offenbar von Spuren freien Jods bräunlich tingirte) Flüssigkeit dar, in welcher das Jodoform zum Unterschiede von anderen Vehikeln nicht emulgirt, sondern wirklich gelöst erscheint. Ich habe dasselbe, obwohl dessen Verwendungsbezirk gewiss ein grosser werden dürfte, bis jetzt bloss in 5 Fällen von schwerer Gingivitis und Stomatitis mercurialis und in einem Falle von exulcerirtem Gumma veli et palatopharyngei verwendet. Ich war von dem Erfolge dieser Localtherapie, die in 2—3 maligen täglichen Pinselungen aller geschwellten und ulcerösen Parthien mit Wattetampons oder weichen Zahnbürsten bestand, ausserordentlich zufrieden. Die Schmerzhaftigkeit nahm unmittelbar nach jeder Pinselung ab, ebenso der Foetor und die Heilung machte sichtliche Fortschritte. Für Gingivitis und Stomatitis aphthosa ulcerosa dürfte sich das Präparat besonders gut eignen.

(Schluss folgt.)

Ueber die psychischen Zwangszustände.

Von *L. Löwenfeld.*

(Schluss.)

IV. Zwangshallucinationen. Das Vorkommen von Hallucinationen, welche den Charakter von Zwangszuständen aufweisen, hat bis vor Kurzem noch wenig Beachtung gefunden und ist sogar noch vor wenig Jahren in Abrede gestellt worden (Thomsen). Die Zahl der hieher gehörigen Beobachtungen, welche sich in der Literatur findet, ist noch keine erhebliche (Fälle von Kelp[9]), Buccola[10]), Ballet[11]), Seglas[12]), Catsaras[13]), Pick[14]) u. A.), doch möchte ich hieraus nicht schliessen, dass die Zwangshallucinationen ganz seltene Vorkommnisse bilden, da ich selbst über 8 Fälle mit solchen Hallucinationen verfüge, über welche anderen Orts ausführlich berichtet werden wird. Die Zwangshallucinationen treten zum Theil in Zusammenhang mit Zwangsvorstellungen (secundäre Zwangshallucinationen, Obsessions hallucinatoires Séglas'), zum Theil unabhängig von solchen auf (primäre Zwangshallucinationen, Hallucination obsédante Seglas'). Die secundären Zwangshallucinationen entsprechen gewöhnlich inhaltlich den Zwangsvorstellungen, von welchen dieselben ausgehen. Eine Patientin meiner Beobachtung z. B., welche von der Zwangsvorstellung des Suicidiums in äusserst hartnäckiger Weise verfolgt wurde, sah, wenn diese Vorstellung eine besondere Intensität erreichte, ein blitzendes Messer vor sich, sie quasi zur Vollführung der That einladend. Ein Patient, welcher an Kleptophobie in hohem Grade litt, hörte, wenn er mit fremden Gelde zu thun hatte, öfters Stimmen, welche ihm zuriefen: «Nimm Dir doch, nimm Dir nur von dem Gelde». Die primären Hallucinationen werden zum Theil durch Wahrnehmungen oder Erinnerungen hervorgerufen. Ein Patient meiner Beobachtung z. B. sah, wenn er das Wörtchen «Wenn» las, constant ein Brett mit Nägeln vor sich. Ein Patient von Catsaras sah abwesende Bekannte und unterhielt sich mit denselben, mitunter wurden die betreffenden Bilder und Unterhaltungen durch Erinnerungen oder äussere Eindrücke (z. B. den Anblick einer Person) hervorgerufen. Zum Theil bilden die primären Zwangshallucinationen auch Substitute früherer Zwangsvorstellungen oder Erinnerungen früherer Erlebnisse. Eine Kranke, über welche Stephani berichtet, welche auch mit anderen Zwangserscheinungen reichlich behaftet war, sah öfters peinliche Scenen ihres früheren Lebens mit voller Deutlichkeit. In manchen Fällen lässt sich über den Ursprung dieser Erscheinungen nichts Näheres ergründen. So litt eine Patientin meiner Beobachtung etwa 3 Monate beständig an einer überaus lästigen Geruchshallucination, über deren Entstehung keine Auskunft zu erlangen war.

V. Zwangsimpulse, Zwangstriebe, Zwangshandlungen und Zwangshemmungen. Die Zwangserscheinungen, welche der motorischen Seite des Seelenlebens angehören, sind überaus mannigfaltig und ihre richtige Deutung nicht immer leicht. Wenn wir zunächst die Handlungen in Betracht ziehen, welche in irgend einer Weise mit psychischen Zwangszuständen zusammenhängen — die Zwangshandlungen —, so finden wir, dass dieselben nicht immer durch Zwangsimpulse oder -Triebe ausgelöst werden, also nicht immer die unmittelbare Folge eines Zwanges sind, während auf der anderen Seite Zwangsimpulse und -Triebe häufig vorkommen, welche zu keiner entsprechenden Handlung führen.

1. Ein grosser Theil der Zwangshandlungen steht nur indirect mit Zwangsvorstellungen in Verbindung, insoferne sich an die Zwangsvorstellungen andere Vorstellungen, Motive, knüpfen, welche die Handlung veranlassen (secundäre Zwangshandlungen); so führt die Zweifelsucht zur endlosen Wiederholung einer Arbeit, weil der Zweifel bezüglich der Richtigkeit des Ausgeführten das Motiv, die Arbeit richtig auszuführen, immer wieder reproducirt; die Mysophobie führt so zum Waschzwang, die Vorstellung, dass man nicht wissen könne, zu was sich dieser oder jener werthlose Gegenstand noch verwenden lasse, zum Sammeln und Aufheben von werthlosem Kram; die abergläubische Zwangsvorstellung, durch gewisse Manipulationen ein Unglück verhüten zu können, zur Ausführung dieser Manipulationen u. s. w. Bei manchen Kranken hat das Bestreben, Erleichterung der durch die Zwangsvorstellungen oder Angstzustände verursachten Belästigungen sich zu verschaffen, die sonderbarsten Zwangshandlungen zur Folge. Eine Kranke, über welche Kaan berichtet, verbrannte sich die Finger an angezündeten Spänen und nahm noch andere sinnlose Acte vor, um Erleichterung ihrer Zwangsvorstellungen zu finden. Ein mit schweren Phobien behafteter Neurastheniker meiner Beobachtung hatte die Eigenthümlichkeit sich angeeignet, dass er beim Auftreten von Angstzuständen auf der Strasse die Gegenstände, welche er in den Taschen trug, zunächst in die Hände nahm und dann dieselben bei Steigerung oder längerer Dauer der Angst, um sich zu erleichtern, nacheinander wegwarf, ganz ohne Rücksicht auf den Schaden, den er sich dadurch verursachte.

2. Ein weiterer erheblicher Theil der Zwangshandlungen geht direct von Zwangsvorstellungen mit Impulsen aus. Der Impuls geht hier als deutlicher Bewusstseinsact der Handlung vorher, führt jedoch nicht unvermeidlich zur betreffenden Handlung; der Umsatz in solche kann vielmehr (wenigstens zumeist) durch die hemmende Wirkung von Ueberlegungen hintangehalten werden. Hieher gehören: Die Neigung zur Wiederholung zufällig vorgenommener Acte, wie Berührung von Gegenständen, Aussprechen einzelner Wörter oder Silben, die zweck- und motivlose Fortsetzung resp. Wiederholung primär zweckmässiger Handlungen:

[9]) Kelp: Arch. f. Psychiatrie, V. Bd., S. 578.
[10]) Buccola: Le idee fisse, Riv. sper. di fren. 1880.
[11]) Ballet: Arch. génér. de med., März bis April 1888.
[12]) Séglas: Annal. médico-psychol. 1892, S. 119.
[13]) Catsaras: Annal. médico-psychol. 1892, S. 442.
[14]) Pick: Prager med. Wochenschr. 1895, No. 40.

Waschen, Kämmen, An- und Auskleiden, Essen etc., der von musikalischen Zwangsvorstellungen (innerlich gehörten Melodien) ausgehende Zwang zu singen, zu pfeifen oder zu summen, der Trieb, unnöthige und unverwerthbare Gegenstände zu kaufen, Impulse, alles zusammenzuschlagen, zu zerreissen, der Trieb, Feuer anzulegen (Pyromanie), sich fremdes Eigenthum anzueignen (Kleptomanie), gewisse sexuelle oder unzüchtige Handlungen vorzunehmen. Ob das Individuum dem sich einstellenden Impulse nachgibt oder demselben Widerstand leistet, hängt im Allgemeinen von der Art und den Consequenzen desselben ab, die nach persönlichen und momentanen Verhältnissen variiren, und es ist begreiflich, dass gegen Impulse zu harmlosen Acten seltener und weniger andauernd angekämpft wird, als gegen Impulse zu bedenklichen oder verbrecherischen Handlungen. Glücklicherweise gelingt es auch in den meisten Fällen, letzteren Impulsen mit Erfolg Widerstand zu leisten; nur selten werden Impulse dieser Art so mächtig, dass sie allen dagegen sich erhebenden Erwägungen zum Trotz die Handlung erzwingen; 2 hieher gehörige Fälle, welche in letzterer Zeit zu meiner Beobachtung gelangten, gaben zu gerichtlichem Einschreiten Veranlassung[15]).

3. Ein fernerer Theil der Zwangshandlungen wird durch Zwangsvorstellungen mit Impulsen herbeigeführt, welche sich sofort und unwiderstehlich in die entsprechenden Bewegungen umsetzen; Impuls und Handlung fällt hier sozusagen zusammen. Hieher gehören manche coordinirte Bewegungen, die bei der Maladie des Tics beobachtet werden (Schlagen mit Fäusten, Hinausschleudern der Beine etc.); der Zwang zu lachen oder zu weinen bei gleichgiltiger, selbst entgegengesetzter Stimmung; die Erscheinungen der Coprolalie (Ausstossen unanständiger oder obscoener Worte), das zwangsmässige Ausstossen Thierstimmen nachahmender Laute (Bellen oder Heulen von Hunden, Grunzen von Schweinen etc. bei Hysterie, Hypochondrie und der Maladie des Tics), ferner die sogenannte Echolalie und die Echokinese. Bei ersterer handelt es sich, wie die Bezeichnung schon andeutet, um zwangsmässige Wiederholung gehörter Worte, bei der Echokinese um zwangsmässige Nachahmung wahrgenommener Bewegungen. Diese Erscheinungen finden sich bei der Maladie des Tics und degenerativen Psychosen, in besonders ausgeprägter Form jedoch bei einem eigenartigen, speciell bei einzelnen asiatischen Völkern vorkommenden pathologischen Zustande, der als Copirkrankheit, Latah, Sakit Latah, Myriachit etc. bezeichnet wird und wahrscheinlich mit dem von Beard als Jumping beschriebenen, in dem nordamerikanischen Staate Maine beobachteten Krankheitszustande identisch ist[16]).

IV. Besondere Beachtung verdienen noch die Zwangsvorstellungen mit suicidalen und homicidalen Impulsen, welch' letztere sich vorherrschend gegen die nächsten Angehörigen richten. Diese Zwangsvorstellungen treten meist vorübergehend bei äusseren Anlässen auf (beim Anblick eines Messers, eines Giftfläschchens, eines offenen Fensters, beim Gehen oder Verweilen am Ufer eines Gewässers etc.), sie können aber auch anscheinend spontan und mit grosser Hartnäckigkeit sich geltend machen. In den meisten Fällen ist der mit diesen Zwangsvorstellungen verknüpfte Impuls sehr wenig ausgesprochen, so dass eine Anstrengung zur Bekämpfung desselben gar nicht nöthig ist, und wenn trotzdem diese Zwangsvorstellungen bei den Kranken häufig Angstzustände und gemüthliche Depression verursachen, so ist dies auf den Inhalt derselben an sich zurückzuführen, nicht auf Befürchtungen der Kranken, der Impuls könnte übermächtig werden und die betreffende Handlung zur Folge haben.[17]) Es mangelt jedoch auch nicht an Fällen, in welchen die homi- oder suicidalen Impulse so intensiv sind, dass der Kranke sie mit Aufgebot seiner ganzen Willenskraft bekämpfen und unter Umständen besondere Vorsichtsmassregeln wegen derselben ergreifen muss. Auch bei grösserer Stärke der Impulse gelingt es glücklicherweise gewöhnlich den Kranken, denselben, insbesonders dem homicidalen Triebe erfolgreichen Widerstand zu leisten. v. Krafft-Ebing (Nervosität und Neurasthenie S. 84) erwähnt, dass er bei Durchsicht der Literatur über sog. Mordmanie keinen Fall auffinden konnte, «bei welchem die bloss im Rahmen einer Neurose bestehende Zwangsvorstellung zu einer homiciden Handlung geführt hätte». Selbstmorde in Folge von Zwangsimpulsen scheinen dagegen eher vorzukommen.

Ein Umstand, der bisher wenig Beachtung gefunden hat, sei hier noch erwähnt, dass nämlich die Zwangsimpulse und Triebe nicht selten ihren Ursprung von Träumen herleiten. Traumerinnerungen können im wachen Leben in der Form von Impulsen auftauchen, aber auch vorhandene Impulse und Triebe verstärken.[18])

Die Zwangshemmungen treten selten als selbständige Erscheinung auf, sie gehen zumeist von Zwangsvorstellungen oder Zwangsaffecten (Angstzuständen) und Zwangshandlungen aus. Der Zwang, bei einer Arbeit gewisse Acte zu wiederholen, kann zu einer Hemmung des Fortganges der Arbeit führen, Zwangsbefürchtungen der verschiedensten Art und Zwangszweifel können ebenfalls Hemmungen nach sich ziehen, ganz besonders wirksam in dieser Richtung erweist sich die häufige Zwangsvorstellung des Nichtkönnens, der Unfähigkeit zu einer bestimmten Leistung oder zum Aushalten in einer bestimmten Situation. Derartige Zwangsvorstellungen knüpfen sich, wie erwähnt wurde, häufig secundär an Phobien; sie können aber auch selbständig auftreten und die betreffende Handlung erschweren oder auch ganz verhindern. So litt ein junger Maler meiner Beobachtung an der Zwangsvorstellung, dass er seine Arbeit nicht so ausführen könne, wie er wolle; dies hatte für ihn eine bedeutende Erschwerung der Arbeit zur Folge und zeitweilig wurde er dadurch ganz arbeitsunfähig. Die von Zwangsvorstellungen ausgehende Hemmung kann sich auch im Bereiche der organischen Vorgänge zeigen; die Zwangsvorstellung des Nichtschlafenkönnens zieht Schlaflosigkeit, die Zwangsvorstellung, impotent oder geschlechtlich nicht normal zu sein, Impotenz, die Zwangsvorstellung des Nichtessenkönnens Appetitmangel und Schlundkrampf beim Essen nach sich.

Wie verhält es sich nun mit der nosologischen Stellung der Zwangszustände, bilden dieselben eine selbständige Krankheit oder stellen sie nur ein Symptom verschiedener pathologischer Zustände dar? Die Antworten der Autoren auf diese Frage, die von grosser Tragweite ist, weil sie zum Theil die nach der Aetiologie der Zwangszustände in sich schliesst, lauten verschieden.

Hier sei nur Folgendes erwähnt: Thomsen[19]) unterschied deuteropathische Zwangsvorgänge, hauptsächlich bei Neurasthenie und Hysterie vorkommend, und idiopathische als selbständige Krankheit. Dieser Auffassung nähern sich die Anschauungen, zu welchen sich Donath[20]), Bror Gadelius[21]) und vor Kurzem

---

[15]) In dem einen Falle, den ich hier erwähnen kann, handelte es sich um einen Eisenbahnbediensteten, welcher neben anderen Zwangserscheinungen auch mit einem Zwangssammeltriebe behaftet war. Derselbe hatte unter dem Einflusse dieses Triebes von Reisenden zurückgelassene Gegenstände (Schirme, Stöcke etc.) aus leerstehenden Waggons weggenommen und in Menge in seiner Wohnung angesammelt, ohne dieselben weiter zu verwerthen. Der Fall kam zur gerichtlichen Verhandlung, doch erfolgte auf Grund eines von Oberarzt Dr. Vocke von der hiesigen Kreisirrenanstalt ausgestellten Gutachtens die Freisprechung des Angeklagten.

[16]) Von dieser Affection werden im Süden Asiens insbesonders die Malaien auf Java, im nördlichen Asien die Eingeborenen Ostsibiriens (Jakuten und Burjaten) befallen; zuweilen tritt der Zustand epidemisch auf.

[17]) Mendel (Neurol. Centralbl. No. 1, 1898) hat vor Kurzem sich dahin ausgesprochen, dass bei den Zwangsvorstellungen mit homicidalen (speciell gegen die eigenen Kinder gerichteten) Impulsen es sich im Grunde um Angst vor plötzlich ausbrechender Geisteskrankheit handelt. Die Betreffenden sollen befürchten, sie könnten plötzlich geisteskrank werden und in diesem Zustand das Messer z. B., das vor ihnen liegt, zur Tödtung ihrer Kinder etc. verwenden. Für einen Theil der Fälle trifft diese Deutung jedenfalls zu; zum Theil handelt es sich jedoch lediglich um Contrastvorstellungen und um Wirkung suggestiver Momente (Lesen und Hören von Mordthaten).

[18]) So träumte ein von Regis beobachteter, mit Kleptomanie behafteter junger Mensch stets von Diebstählen. Ein von Dipsomanie geheilter Patient, über welchen Knozz berichtet, begann seine schlimmen Gewohnheiten wieder aufzunehmen in Folge eines Traumes, in welchem ihn seine Schwester zum Trinken aufgefordert hatte. V. Didier, Kleptomanie und Hypnotherapie, Halle 1896.

[19]) Thomsen: Arch. f. Psychiatrie, Bd. XXVII. Heft 2, 1895.

[20]) Donath: Arch. f. Psychiatrie, Band XXIX, 1896.

[21]) Bror Gadelius: Om tvangstankar och dermed beslagtade fenomen, Lund, 1896.

Rehm[22]) und Mendel[23]) bekannten; nach diesen Beobachtern sind die Zwangsvorstellungen Symptome verschiedener Krankheitszustände (der Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie etc.) treten aber auch isolirt als selbständige Krankheit auf. Freud[24]) dagegen fasst die Zwangsvorstellungen, soweit er sie nicht der Hysterie zutheilt, zu einer Zwangsneurose zusammen, neben welcher er eine Angstneurose unterscheidet. Seine Zwangsneurose vereinigt in sich nicht nur das, was von Anderen als selbständige Zwangsvorstellungskrankheit (Irrsein in Zwangsvorstellungen, Paranoia rudimentaria etc.) bezeichnet wurde, sondern auch den grössten Theil der von Anderen als Symptome der Neurasthenie, Hypochondrie etc. betrachteten Zwangszustände. Wenn ich meine eigenen Erfahrungen berücksichtige, so finden sich Zwangszustände: am häufigsten bei Neurasthenie, aber nicht lediglich bei der hereditären Form derselben, dann aber auch bei Hysterie, Hypochondrie, Melancholie und der Maladie des Tics, bei allen diesen Krankheitszuständen als Symptome des Grundleidens. Sie kommen ferner vor bei Migräne[25]) und Epilepsie[26]) und zwar hier sowohl als Symptome des Grundleidens wie als zufällige Complication. Ausserdem begegnen wir einer Anzahl von Fällen, in welchen die Zwangszustände ganz isolirt bestehen oder nur mit Erscheinungen einer gewissen Nervosität vergesellschaftet sind, jedenfalls aber ausgesprochene Symptome irgend einer anderen wohl definirten Nerven- oder Geisteskrankheit fehlen. Diese Fälle gehören, soweit es sich um beständig vorhandene oder häufiger auftretende Angstzustände handelt, der Angstneurose in dem von mir angenommenen Sinne an, soweit ein anhaltend sich geltend machendes Zwangsvorstellen vorliegt, der Zwangsvorstellungskrankheit und zwar zumeist in der Form der Zweifel-, Grübel- und Fragesucht an. Vereinzelte Phobien und Zwangsvorstellungen und vorübergehendes Zwangsdenken können sich aber auch bei Gesunden finden, und wir dürfen desshalb diese Erscheinungen nicht unter allen Umständen als Krankheitssymptome oder speciell als Stigmata hereditatis betrachten.

Bei der Prognose der Zwangszustände haben wir nicht nur die Heilbarkeit und Besserungsfähigkeit, sondern auch die Möglichkeit eines Uebergangs derselben in schlimmere Formen geistiger Störung, speciell in Paranoia in Betracht zu ziehen. Ein sehr erfahrener Beobachter auf dem in Rede stehenden Gebiete, Koch[27]), sprach sich dahin aus, dass die Zwangszustände eher vor dem Eintreten einer Psychose schützen als dasselbe begünstigen. Auch diejenigen Autoren, welche den Uebergang in Paranoia für nicht ausgeschlossen erachten, gestehen zu, dass derselbe jedenfalls ein seltenes Vorkommniss bildet (so Merklin[28]), Kaan[29]), Mendel[30]), Pitres und Regis[31]). Ich bin nach meinen Erfahrungen geneigt, mich der Koch'schen Auffassung anzuschliessen. Wenn man die ausserordentliche Häufigkeit der Zwangszustände und die Seltenheit ihres Uebergangs in Paranoia berücksichtigt, so gewinnt man den Eindruck, dass sich die psychotische Tendenz bei den an Zwangszuständen Leidenden gewöhnlich in diesen erschöpft. Damit ist gewissermassen deren Gutartigkeit dargethan, allein diese Gutartigkeit ist nur eine sehr relative, denn wir dürfen nicht übersehen, dass durch Steigerung der In- und Extensität der Zwangszustände der Befallene arbeitsunfähig, selbst unfähig, für seine körperlichen Bedürfnisse Sorge zu tragen, sich und Anderen zur grössten Last und überdies für sich selbst gefährlich werden kann. Für die Frage der Heilbarkeit kommt zunächst die Art des Grundleidens, doch nicht ausschliesslich, in Betracht. Die Phobien können diesem gegenüber eine gewisse Selbständigkeit erlangen und sind dann nach längerem Bestehen immer schwerer heilbar. Der Besserung fähig sind die Zwangszustände gewöhnlich, und der Heilung auch die schwersten Fälle nicht unzugänglich; allein ein sehr misslicher Umstand ist die Neigung zur Wiederkehr derselben, die besonders bei den Hereditariern ausgesprochen ist und bei diesen auch nicht völlig beseitigt werden kann.

[22]) Rehm l. c.
[23]) Mendel l. c.
[24]) Freud: Neurolog. Centralblatt, 1896, No. 10, u. a. a. O.
[25]) V. Löwenfeld: Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen, Münchener med. Wochenschr. No. 25, 1897. Ueber Zwangsimpulse bei Augenmigräne, s. Féré, Pathologie des Emotions, Seite 69.
[26]) Ueber das Vorkommen von Angstzuständen, als Complicationen und Symptome der Epilepsie s. meine eben citirte Arbeit, München. med. Wochenschr. 1897. Auf das Auftreten von Zwangsvorstellungen zuweilen mit Ausstossen stereotyp wiederkehrender, insbesonders unanständiger Worte als Aequivalent epileptischer Anfälle, Aura- u. postepileptische Erscheinung hat Mendel l. c. hingewiesen. In einem vor Kurzem von mir beobachteten Falle von Epilepsie machten sich sacrilegische Zwangsvorstellungen in äusserst hartnäckiger Weise geltend.
[27]) Koch: Die psychopathischen Minderwerthigkeiten, 1. Abtheilung, S. 101, 1891.
[28]) Merklin: Zeitschrift f. Psychiatrie, 1891, S. 628.
[29]) Kaan: Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen, 1893, S. 139.
[30]) Mendel l. c.
[31]) Pitres und Regis: La séméilogie des obsessions et idées fixes. Vortrag, gehalten auf dem internat. med. Congresse zu Moskau; ref. im Neurolog. Centralbl. No. 18, 1897.

Referate und Bücheranzeigen.

Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg. 1898. Verlag von Faber in Magdeburg.

Mit Recht darf die Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg durch die Publicirung der vorliegenden Festschrift die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise darauf lenken, dass sie in der Lage ist, ihren 50. Geburtstag zu feiern. Denn abgesehen davon, dass das 50. Wiegenfest einer ärztlichen Körperschaft in jedem Falle weiterer Beachtung werth ist, gehört die Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg zu jenen wichtigen Vereinigungen ärztlicher Fachgenossen, die eine specielle Bedeutung haben. Denn durch ihr Bestehen in einer Stadt, die einer Universität entbehrt, kommt ihnen die bedeutsame Aufgabe zu, gleichsam wie eine isolirte medicinische Facultät, eine Concentration hervorragender ärztlicher Kräfte zu ermöglichen und in weiterem Umkreise befruchtend auf das ärztliche Leben zu wirken. Das hat die Medicinische Gesellschaft in Magdeburg, die einen Felix Niemeyer zu ihren Stiftern zählt, jederzeit in vollem Maasse gethan und es gebührt ihr dafür die Anerkennung des ärztlichen Standes. Auf welchem Niveau wissenschaftlicher Leistungen die Gesellschaft durch ihre heutigen Mitglieder steht, das beweisen die obige Festschrift zusammensetzenden Arbeiten aus fast allen Gebieten ärztlicher Thätigkeit.

Es ist hier nicht der Ort, ihrem Inhalt gerecht zu werden, nur kurz weise ich auf die Themata der einzelnen Bearbeiter hin, um sie dem häufigen Schicksale entziehen zu helfen, aus dem Grunde nicht bekannt zu werden, weil sie im Rahmen einer Festschrift erschienen sind.

1) Prof. R. Thoma: **Das elastische Gewebe der Arterienwand und seine Veränderungen bei Sklerose und Aneurysmabildung.** Alle verfügbaren Methoden der Untersuchung ergaben für die mittelgrossen Arterien Erwachsener, dass nicht, wie Manchot angab, Einrisse in dem äussern Blatte der Elastica interna eine die Aneurysmen auszeichnende Besonderheit darstellen, sondern in nahezu allen Fällen nachgewiesen werden können. Bei Aneurysmen wie bei Arteriosklerose scheinen allerdings diese Risse breiter und zahlreicher zu sein, als bei normalen Gefässen. (2 Tafeln.)

2) O. Hager: **Ueber Polyserositis.** Diese Erkrankung wird speciell von italienischen Aerzten als eigene Krankheitsspecies beschrieben. Sie stellt eine durch den Tuberkelbacillus hervorgerufene Affection dar, welche nacheinander die verschiedenen grossen serösen Höhlen befällt. Verfasser referirt über 2 solcher Fälle, die in den Genueser Beiträgen beschrieben sind, und bespricht dann an der Hand der deutschen Literatur die Einzelnheiten im pathologisch-anatomischen Bilde der Krankheit. H. rechnet auch die Curschmann'sche Zuckergussleber und die chronische, unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Pericarditis zu dem Gebiete der Polyserositis.

3) H. Unverricht: **Ueber krankhafte Muskelermüdbarkeit (Myasthenie.)** U. schildert ausführlich 2 Beobachtungen, in deren erster es sich um einen 24jährigen Tischlergesellen handelte, in deren zweiter um eine 26jährige Dame. Die Analyse der klinischen Symptome ergibt, dass es sich nicht um einen vorwiegend bulbären Symptomencomplex bei der Myasthenie handeln könne, sondern dass die Erkrankung keine bestimmbare Localisation zeige. Für die Differentialdiagnose ist besonders die von Jolly entdeckte charakteristische Veränderung der elektrischen Erregbarkeit von Bedeutung.

4) P. Sendler: **Therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete der Gelenktuberculose.** Verfasser berichtet in seiner Studie über 337 Fälle, die zum Theil rein conservativ, zum Theil mit Tuberculin- oder Carbol- und Jodoforminjectionen, zum grössten Theile (220) aber operativ behandelt wurden. Eine beschränkte

Zahl tuberculöser Gelenke kann auf dem Wege der ersteren Methoden zur Heilung gebracht werden, doch besteht sehr lange die Gefahr des Recidivs. Die Ergebnisse der operativen Behandlung sind wesentlich besser: von 194 Operirten wurden 159 geheilt, 8 starben, 16 blieben ungeheilt, 11 wurden gebessert. Verfasser operirt, sobald nach ca. 3 Monaten anderer Behandlung keine Besserung erzielt ist.

5) P. Tschmarke: **Ein Fall von knöcherner Kieferankylose,** der ein 11jähriges Mädchen betraf. Durch Resection des ganzen Proc. condyloid. wurde ein sehr befriedigendes Resultat erzielt, ein Recidiv ist bisher nicht aufgetreten.

6) W. Thorn: **Zur Aetiologie der Inversio uteri.** Verfasser hatte Gelegenheit, 5 complete, darunter 2 puerperale und 3 nicht puerperale und 4 incomplete, nicht puerperale Inversionen des Uterus zu beobachten. In den 3 nicht puerperalen Fällen completer Inversion bildeten Tumoren die Ursachen der letzteren. Für die 4 incompleten Inversionen bildeten submucöse Myome die Ursache der Inversion. Verfasser bespricht eingehend den Vorgang der letzteren, besonders für die puerperalen Fälle. Die Ansichten Schauta's über die nicht-puerperalen Inversionen werden von Th. scharf bekämpft.

7) Siedentopf: **Ueber Eklampsie.** S. gibt einen Ueberblick über die Häufigkeit und den Charakter der Eklampsie in Magdeburg. Bei ca. 8000—8500 Geburten jährlich werden 15—20 Fälle von Eklampsie beobachtet; die Zahl der erkrankenden Erstgebärenden ist ca. 3mal grösser als die der Mehrgebärenden; die Gesammtmortalität betrug 26,6 Proc.; nur in 41,8 Proc. war der Eintritt der Geburt günstig für den Verlauf der Eklampsie; Eklampsieepidemien wurden in Magdeburg nicht beobachtet.

8) P. Schreiber: **Die Indication der Myopieoperation.** Verfasser widerräth auf das Entschiedenste die zu häufige Indicationsstellung der Myopieoperation an der Hand eigener und fremder Casuistik. Die äusserste Myopiegrenze, bis zu welcher operativ vorgegangen werden darf, muss 16 D bleiben. Kinder bilden das dankbarste Object der Behandlung, da diese ohne Gefahr durch eine einfache Discission von ihrer Myopie befreit werden können. Bei älteren Individuen wendet Schr. die Methode der Extraction der durchsichtigen Linse ohne vorherige Discission an.

9) Kretschmann: **Klinische und pathologische Beiträge zur Caries von Hammer und Ambos.** Verfasser berichtet über 70 Fälle von Hammer- und Ambosextraction und beschreibt die Veränderungen, die an den entfernten Gehörknöchelchen zu constatiren waren. Der Ambos erkrankt weit häufiger als der Hammer an Caries. Kr. schildert die cariösen Veränderungen im Detail und geht dann noch auf die Methoden der Operation ein.

10) Edg. Meier: **Casuistische Mittheilungen zur Kenntniss der Pathologie otitischer Hirnabscesse.** Aus dem Resultate, welches Verfasser bei 4 Fällen hatte: es starben 3, nur 1 Kranker genas, ergibt sich die schlechte Prognose der otitischen Hirnabscesse auf's Neue, so dass M. daraus Veranlassung nimmt, vor Allem die sachgemässe Prophylaxe der otitischen intracraniellen Erkrankungen zu betonen.

11) M. Saenger: **Grundzüge der Mechanik der Consonantbildung.** Von dieser interessanten, aber nicht kurz zu skizzirenden Studie liegt vorerst nur der 1. Theil vor.

12) E. Maréchaux lieferte einen **casuistischen Beitrag aus dem Gebiete der Unfallheilkunde** durch Mittheilung zweier Fälle, wo es sich um die Feststellung handelte, ob der aufgetretene Diabetes mellitus mit einem früheren Unfalle in ursächlichem Zusammenhang stehe oder nicht.

13) W. Thorn: **Geburtshilflich-gynäkologische Charakteristica unseres Bezirkes.** Th. liefert in dieser die Festschrift abschliessenden Mittheilung eine Art localer Statistik, wie sie in grösserem Umfange angestellt zu werden verdienen würde. Darnach ist der Magdeburger Bezirk z. B. arm an engen Becken, trotzdem Rhachitis häufig vorkommt. Von Osteomalacie hat Verfasser nur 3 Fälle zu Gesicht bekommen, wovon 2 durch Castration dauernd geheilt wurden. Sehr häufig sind maligne Erkrankungen des Ovariums, ferner Myome des Uterus, relativ selten Carcinome. Die Zahl der Adnexerkrankungen ist im Zunehmen begriffen, was mit der Zunahme der Häufigkeit der Gonorrhoe seine Erklärung findet.

Diese kurze Uebersicht dürfte genügen, der Magdeburger Festschrift das beste Zeugniss über Reichhaltigkeit und wissenschaftlichen Werth auszustellen. Möge die Magdeburger Gesellschaft auch in der 2. Hälfte des Saeculums blühen und gedeihen!

Dr. Grassmann-München.

Dr. **Rudolf Disselhorst: Die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbelthiere, mit besonderer Berücksichtigung des Menschen.** (Aus der anatom. Anstalt zu Tübingen.) Mit 76 Abb. auf Tafel I/XVI. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 279 Seiten. Preis 20 Mk.

Eine ausgiebige vergleichend-anatomische Durcharbeitung der accessorischen Geschlechtsdrüsen fehlte bisher vollkommen. Der Verfasser sah sich aus diesem Grunde veranlasst, das in Rede stehende Gebiet planmässig zu durchforschen und seine Erfahrungen liegen uns jetzt in Form eines grösseren Werkes vor, das im Ganzen den Charakter eines Handbuches hat. Der Verfasser bringt viele eigene Untersuchungen, und wo diese grössere Lücken lassen, ist die Literatur in breiterem Umfange eingearbeitet worden. Ein grosser Theil der Arbeit ist viel zu specialisirt, als dass er für die Leser dieser Zeitschrift von actuellem Interesse sein könnte, doch werden auch die betreffenden Organe des Menschen, und zwar unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse, in ausführlicher Weise besprochen; der Verfasser war übrigens in der glücklichen Lage, für seine Untersuchungen am Menschen Material von einem Justificirten benützen zu können. So dürfte das Buch auch für den Praktiker genug des Lehrreichen enthalten.

Zu einer durchgreifenden vergleichend-anatomischen Classification der accessorischen Geschlechtsdrüsen konnte der Verfasser nicht durchdringen: Bei verschiedenen Geschöpfen haben Drüsen von der gleichen Lage und der gleichen Benennung verschiedenen anatomischen Bau, und umgekehrt wurde bei Drüsen von verschiedener Lage und verschiedenem Namen der gleiche Bau beobachtet. Disselhorst sagt, dass die Benennungsweise der hier in Frage kommenden Drüsen ohne Weiteres aus der Anatomie des Menschen in die Thierwelt hinüber genommen worden sei, dass aber ein bestimmtes anatomisches Kriterium für keine dieser Drüsen angegeben werden könnte. Eine durchgreifende Classification der hierher gehörigen Organe, sei erst von einer Durchforschung ihrer Entwicklungsgeschichte zu erwarten. Referent möchte besonders aufmerksam machen auf das Capitel, in welchem die Abhängigkeit der accessorischen Geschlechtsdrüsen vom Hoden, ihre eventuelle Compensation unter einander oder durch den Hoden besprochen wird. Disselhorst setzt hier auseinander, wie er darauf aufmerksam geworden sei, dass Geschöpfe mit kleiner Prostata einen grossen Hoden besitzen und umgekehrt solche mit grosser Prostata einen kleinen Hoden. Diese Erfahrung wird späterhin zahlenmässig belegt, und glaubt der Verfasser hieraus schliessen zu dürfen, dass beide Organe theilweise für einander eintreten können. Die Ausstattung des Buches ist im Uebrigen eine vorzügliche und trägt die bekannte Opulenz des Bergmann'schen Verlages von Neuem zur Schau.

Martin Heidenhain.

H. Helferich: Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. 4. vermehrte und verbesserte Auflage. München, J. F. Lehmann. 1898.

Helferich's Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen ist dieser Tage in 4. vermehrter und verbesserter Auflage erschienen.

Die Tafeln sind die gleichen geblieben wie in der vorletzten Ausgabe; der Text ist um 13 Seiten vermehrt und sind in diesen einige Abbildungen neu aufgenommen: so Albers Kragenschiene für Oberarmbrüche, ein improvisirter und ambulanter Extensionsverband für Vorderarmfractur, der Gehgipsverband für Fractura femoris et cruris, ferner eine schematische Darstellung der Bruchlinien beim Radiusbruche, ein Röntgenbild einer Fractura supramalleolaris etc.

In 4 Jahren 4 Auflagen, wahrlich ein Erfolg, aus dem allein die Anerkennung des Werthes und der vorzüglichen Brauchbarkeit des Werkes sich von selbst ergibt.

Klaussner.

Dr. **Ernst Kromayer: Zur Austilgung der Syphilis.** Mit sieben Curventafeln. Berlin 1898. Verlag von Gebrüder Borntträger.

In dem vorliegenden kleinen Werke stellt der Verfasser ein altes und vielventilirtes Thema in durchaus origineller Weise neuerdings zur Discussion. Mag man die Ansichten des Verfassers theilen, oder der Meinung sein, dass seine Vorschläge zur Besserung nur theilweise oder gar nicht durchführbar sind, gleichviel, Jeder, welcher an den in Rede stehenden Fragen Interesse nimmt, wird das Büchlein willkommen heissen und hege ich den aufrichtigen Wunsch, dass dasselbe über den rein ärztlichen Kreis hinaus zur weitesten Verbreitung gelangen möge; ist doch die

Frage der Syphilisprophylaxe eine solche, welche das allgemeinste öffentliche Interesse verdient, und haben doch bisher unsere Erfahrungen leider nur allzusehr gezeigt, dass Seitens der maassgebenden Factoren, ohne deren Mitwirkung eine Besserung der bestehenden Missstände absolut nicht zu erwarten steht, den von ärztlicher Seite immer und immer wieder gegebenen Anregungen eine Folge nicht gegeben wird. Theils ist es eine nicht zu rechtfertigende Prüderie, die sich scheut, in officieller Weise das heikle Problem in Angriff zu nehmen, theils sind es engherzige juristische und politische Bedenken, welche ein energisches Vorgehen der staatlichen Behörden für unerlaubt oder unzeitgemäss erachten, die Thatsache besteht, dass wir heute einer eminenten volkshygienischen Gefahr gegenüber uns mit einem System halber Maassregeln begnügen müssen, das der Syphilisgefahr gegenüber kaum nennenswerthe Erfolge aufzuweisen hat. Auch K. ist von dem herrschenden System wenig erbaut, er kritisirt dessen Schattenseiten in freimüthigster Weise und stützt sich dabei auf eine sehr reichliche und ungemein fleissig durchgearbeitete Statistik, deren Material zum grossen Theil in Tabellen gesammelt und in Curventafeln graphisch dargestellt wird. Auf Grund seiner an und für sich kaum angreifbaren Ergebnisse kommt er nun zu dem Schlusse, dass eine wesentliche Reorganisation der staatlichen Controle hinsichtlich der an Syphilis erkrankten Personen am Platze ist. Seine Bestrebungen gipfeln in dem Vorschlag der Einführung eines speciellen Syphilisgesetzes, dessen Forderungen sind: 1. Dass nur der approbirte Arzt syphilitisch inficirte Individuen behandeln darf, und Unkenntniss und Nichterkennen der Syphilis Seitens des Curpfuschers vor Strafe nicht schützt. 2. Jedes geschlechtskranke Individuum (Mann so gut wie Weib) ist gesetzlich verpflichtet, sich einem Arzte vorzustellen und wenn Syphilis constatirt wird, dessgleichen gesetzlich gebunden, sich behandeln zu lassen und auch durch mehrere Jahre hindurch controlirender Beobachtung zu unterstellen, eventuell die Behandlung nach Maassgabe der ärztlichen Verordnung zu wiederholen. 3. Anzeigepflicht des Arztes im Falle von Renitenz der Patienten gegenüber den ärztlichen Anordnungen und Anzeigepflicht jeder Person die Kenntniss von einer geschlechtlichen Erkrankung einer anderen Person erhält (!). 4. Berechtigung der Polizeibehörden, Syphilisverdächtige der zwangsweisen Untersuchung vorzuführen, wenn sie ein ärztliches Gesundheitscertificat nicht besitzen (!). 5. Gewährleistung unentgeltlicher Untersuchung und Behandlung. — Es erscheint uns als eine absolute Unmöglichkeit, ein derartiges Gesetz gegenüber den derzeit bestehenden Anschauungen über persönliche Freiheit in irgend einem Culturstaate durchzubringen, und wir können nicht umhin, beispielsweise die Verpflichtung zur Anzeige Seitens dritter Personen geradezu als eine gesetzliche Monstrosität zu bezeichnen; man braucht die Menschen wohl nur wenig zu kennen, um in einer derartigen Verordnung den unfehlbaren Ausgangspunkt eines wahren Rattenkönigs von Vexationen und Denunciationen vorauszusehen; wir gestehen offen, dass wir einer derartigen Gesetzgebung den bisherigen Zustand unbedingt vorziehen würden. Discussionsfähiger, aber gleichfalls viel zu weit gehend erscheint der weitere Vorschlag K.'s, bei der Controle der Geschlechtskranken (auch der Prostituirten) die Gonorrhoe und den weichen Schanker als eine Quantité negligeable zu betrachten. (Referent hat in seinem Artikel über allgemeine Prophylaxe der venerischen Krankheiten [Penzoldt und Stintzing, Handbuch der Therapie VII., 2. Aufl.] darauf hingewiesen, dass wir in sehr verschiedener Richtung mit Aussicht auf Erfolg auf eine Verminderung der venerischen Erkrankungen hinwirken können, und dass allerdings nicht in der Prostitutionscontrole allein die Rettung liegt, dass aber freilich unter den zur Zeit bestehenden Verhältnissen an eine Austilgung der venerischen Erkrankungen und auch nur der Syphilis in keiner Weise zu denken ist.) Kopp.

Dr. **B. Pollak: Die Färbetechnik des Nervensystems.** 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Karger 1898. 172 Seiten.

An dem schon nach Jahresfrist in 2. Auflage erscheinenden Buch ist principiell nichts geändert worden. Durch eine grosse Zahl von Ergänzungen ist es nun zu einem vollständigen Compendium der Färbetechnik des Nervensystems geworden, in dem man selten etwas vergeblich suchen wird. Bleuler-Zürich.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1898. No. 20 u. 21.

No. 20. H. Hildebrandt-Berlin: **Ueber einige Stoffwechselfragen.**

Verfasser, der vor einigen Jahren die Somatose eingeführt hat, sucht durch kritische Besprechung der Literatur und einen neuen eigenen Versuch, an einem Hunde angestellt, seine früher ausgesprochene Anschauung zu beweisen; darnach ist der Nährwerth des zur Resorption gelangenden Antheils der Somatose trotz der anscheinend sehr schlechten Ausnutzbarkeit des Präparates als dem Fleischstickstoff mindestens gleichwerthig zu betrachten. Die Darreichung der Somatose empfiehlt sich in kleinen Dosen; grössere Mengen werden nicht resorbirt, sie machen Diarrhöen. Handelt es sich darum, wirklich in's Gewicht fallende Eiweissmengen dem Körper zuzuführen, so bedient man sich am besten der löslichen Verbindungen von unverdautem Eiweiss, der Caseïnsalze, welche gut vertragen werden und 4mal billiger sind.

No. 21. Arthur Keller: **Zur Frage der Eiweissüberernährung beim Säugling.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.)

Die Ueberernährung mit Eiweiss ist nach der klinischen Beobachtung für den Säugling schädlich, weil chronische Stoffwechselstörungen sich einstellen. Verfasser machte sich zur Aufgabe, durch exacte Untersuchungen (5 Stoffwechselversuche) den Nachweis zu liefern, wodurch diese Ueberernährung für den Säuglingsorganismus schädlich wird. Das Resultat der Untersuchungen ist nach dieser Richtung hin ohne Ergebniss. Der Stickstoff der Kuhmilch wird beim künstlich genährten Säugling, mindestens vierstündliche Nahrungspausen vorausgesetzt, fast vollständig resorbirt und zu den normalen Endproducten verbrannt. Auf die Stickstoffretention im Organismus scheint die Steigerung der Eiweissaufnahme günstig zu wirken; denn es wird bei vermehrter Zufuhr mehr Stickstoff retinirt.

Das negative Ergebniss seiner Untersuchungen, soweit es sich darum handelte, die durch die Eiweissüberernährung hervorgerufenen Schädlichkeiten nachzuweisen, lässt den Verfasser an der Thatsache, dass diese Schädlichkeit wirklich existirt, doch nicht zweifeln, weil die klinische Beobachtung dafür spricht. Vielleicht ergeben Untersuchungen in anderer Richtung eine Aufklärung.

W. Zinn-Berlin.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Herausgegeben von P. Bruns. XXI. Band, 1. Heft. Laupp, Tübingen 1898. M. 15.

Die Reihe der Arbeiten eröffnet V. Conrath aus der Prager Klinik mit einer Mittheilung **über die locale chronische Coecumtuberculose und ihre chirurgische Behandlung** im Anschluss an 5 operativ behandelte Fälle; C. bespricht zunächst die Darmtuberculose im Allgemeinen, nach Anatomie, Aetiologie, Ausgängen und speciell das makroskopische und mikroskopische Bild des ileocoecalen Tumors, er sieht die chronische Coecumtuberculose als eine ausnahmslos secundäre Tuberculose an, sowohl in ihrer mucösen Form (die als Fütterungstuberculose aufzufassen), als in der subserösen Form (die als Contactinfection von den regionalen tub. Lymphdrüsen entsteht). Der tuberculöse Coecaltumor ist eine in die Darmwand selbst eingebettete, tuberculöse Neubildung mit Bindegewebshypertrophie und Hypertrophie der Darmschleimhaut und Infiltration massenhafter Tuberkelknötchen, die nicht wie gewöhnlich erweichen, sondern lange Zeit bestehen können. Der Tumor ist meist hart und höckerig, von der Bauchwand abrückbar, bewegt sich beim Athmen nicht, lässt sich durch Einläufe oder die Senn'sche Wasserstoffgasinsufflation emporheben, häufig finden sich auf Druck fühlbare und hörbare Geräusche. Symptome und Verlauf und speciell die Differentialdiagnose von anderen Darmtumoren werden eingehend besprochen und unter Benützung von 80 aus der Literatur zusammengestellten Fällen, die kurz mitgetheilt werden, speciell die Behandlung besprochen, wobei zunächst die Exstirpation des Coecum mit primärer Vereinigung der Darmenden (48 Fälle mit 16,7 Proc. Mortalität, die sonach um 25 Proc. besser, als die nach Exstirpation von Carcinomen), die Anlegung eines Anus praeternat. (5), die Enteroanastomosen (10), die completen Darmausschaltungen (8 mit 6 Heilungen) besprochen werden und die wesentliche Verringerung oder vollständige Beseitigung der schweren Symptome der Coecaltuberculose durch die Operation betont wird.

Aus der Freiburger Klinik gibt Kern **anatomische Untersuchungen Pirogoff'scher Amputationsstümpfe** (Beitrag zur Lehre von der functionellen Anpassung der Knochen), in dem er 3 betreffende Präparate hinsichtlich des J. Wolff'schen Transformationsgesetzes untersuchte und in Fournirschnitten abbildete).

M. Wilms aus der Leipziger Klinik bespricht den **Echinococcus multilocularis der Wirbelsäule und das Verhältniss des multiloculären Echinococcus zum Echinococcus hydatidosus** im Anschluss an einen Fall von extraduralem Wirbelcanalechinococcus bei 20jährigem Seemann, der zuerst Symptome einer Compressionsmyelitis hervorrief und erst in dem secundär auftretenden Tumor der linken Lendengegend zu Punction und Nachweis von Scolices führte, resp. die Diagnose ermöglichte. Die operative Behandlung und theilweise Resection des Wirbelcanals schien Anfangs von Erfolg, doch erlag Patient später dem Leiden. W. gibt eine Literaturübersicht über 22 Fälle von Wirbelechinococcus, er

ist der Ansicht, dass (wie in dem betr. Fall) der Wurm nach den äusseren mechanischen Bedingungen wechselnd bald als Hydatidosus, bald als Multilocularis auftritt, im Knochen selbst in auffallend schöner Weise ein schlauchartiges Wachsthum des Echinococcus zu constatiren ist.

Aus der Heidelberger Klinik gibt M. Vogler eine Mittheilung **über einen Fall von Uterussarkom**, das bei 66jähriger Frau durch myxosarkomatöse Umbildung eines in die Gebärmutter vorgebuchteten Fibromyoms entstanden, genauer histologisch analysirt wird.

Aus der gleichen Klinik gibt Fr. Völker einen **Beitrag zur Kenntniss der tiefen Lipome des Halses**, indem er einen von Czerny operirten Fall subfascialen Lipoms bei 14jährigem Mädchen (das als kindskopfgrosser Tumor die ganze vordere seitliche Halsgegend einnahm, den Kopfnicker und den ganzen Carotisverlauf vorwölbte und aus mehreren theils kleinen, theils grösseren, nicht allzuharten Knollen bestund und mit knöchernem Stiel am 5. Halswirbel fixirt war) mittheilt. Der knöcherne Stiel erwies sich bei näherer Untersuchung als rudimentäre Halsrippe, um deren Ende die Fettbildung erfolgt war.

Aus der Breslauer Klinik berichtet Vollbrecht über **umschriebene Binnenverletzungen des Kniegelenkes, ein Beitrag zur Lehre von den Gelenkmäusen und den Verletzungen der Zwischenknorpel**, indem er im Anschluss an die Fälle von freien Gelenkkörpern aus der Mikulicz'schen Klinik und den preuss. Garnisonslazarethen (63 Fälle) speciell die Aetiologie der freien Gelenkkörper und die Bedeutung der Traumen betrachtet und den Beweis, dass vollständige Absprengungen an den Gelenkenden durch ein Trauma allein verursacht werden können, erbringt, sowie, dass Ort und Umfang der Verletzung in erster Linie für die klinischen Erscheinungen von Bedeutung sind. Von den 61 Fällen wurden 41 operirt, wovon 28 wieder dienstfähig wurden, während von den 22 nichtoperirten nur 3 dienstfähig wurden.

Des Weiteren stellt V. die Fälle von Luxation der Menisken aus der Mikulicz'schen Klinik zusammen und bespricht Symptomatologie und Therapie, M. operirte sowohl mit Längsschnitt als Querschnitt. Die totale Excision wurde 2mal, die partielle 4mal ausgeführt, die Kapsel ohne Ausspülung des Gelenks genäht, ebenso die Haut. Die unmittelbaren und definitiven Resultate der Operation waren gute.

Aus der Tübinger Klinik bespricht O. Wendel **die traumatischen Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk** und stellt im Anschluss an 2 in der v. Bruns'schen Klinik beobachtete Fälle 64 einfache und 44 complicirte Luxationen zusammen und findet danach, dass die reinen Luxationen im Gegensatz zu den Verrenkungsbrüchen nicht so selten sind und als besonderes Krankheitsbild betrachtet werden können.

P. v. Bruns **(Resection der Trachea bei primärem Trachealkrebs)** theilt schliesslich einen Fall von (wahrscheinlich durch krebsige Umwandlung einer intratrachealen Struma entstandenem) Trachealkrebs bei 31jährigem Mann mit, der seit 10 Jahren an allmählich zunehmenden Athembeschwerden litt, bei dem die Resection der hinteren und linksseitigen Wand der Trachea in der Länge von 10 Trachealringen vorgenommen wurde, wodurch es gelang, den Patienten noch 6 Jahre am Leben zu erhalten.

Auch das vorliegende Heft ist mit guten Tafeln reich ausgestattet. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 21.

Georg Reinbach: **Zur Chemie des Colloids der Kröpfe.** R., der im Wesentlichen das Kropfcolloid als ein Degenerationsproduct auffasst, hat im Breslauer physiologischen Laboratorium chemische Untersuchungen über dasselbe angestellt und wies im Gewebsbrei eine in Wasser lösliche Substanz nach, aus der sich beim Kochen mit starken Säuren eine reducirende Substanz abspaltet, die lediglich in den Niederschlag übergeht. Dieses sogen. «Colloidpulver» quillt mit wenig Tropfen dünner Ammoniaklösung versetzt zu einer gelblich gallertigen, zähen Masse auf, die lebhaft an die colloiden Massen erinnert und die auch als stark jodhaltig sich erwies. Um näher die reducirende Substanz zu untersuchen, kochte R. eine Probe des «Colloidpulvers» mit 10proc. Salzsäure 2 Stunden lang, neutralisirte vorsichtig mit Natronlauge, dampfte die schwach angesäuerte Lösung ein und extrahirte mit Alkohol und erhielt einen Alkoholrückstand, der in Wasser gelöst, die reducirende Substanz birgt. Aus dieser Lösung lassen sich mit essigsaurem Phenylhydrazin Krystalle von feinen, zu Büscheln oder Rosetten angeordneten gelben Nadeln herstellen — ein bei 193° schmelzendes «Strumosazon» — ein Körper, der mit keinem der sonst bekannten Osazone übereinstimmt. In der frischen thierischen Schilddrüse konnte R. keine Spur einer reducirenden Substanz nachweisen.

Georg Lotheissen: **Zur Radicaloperation der Schenkelhernien.**

L. hält gerade hier die Radicaloperation für am Platz, da hier bei dem engen Canal es besonders leicht zu Incarceration kommt und empfiehlt hiezu ein mehrfach von ihm mit gutem Erfolg geübtes, auch von Narath-Utrecht ebenso ausgebildetes Verfahren: Hautschnitt direct über dem Lig. Poup. — Spaltung der Fascia musc. obl. ext. etwa 1—2 mm oberhalb desselben, bei gleichzeitiger Inguinalhernie derselben Seite Isolirung des Bruchsackes und Abtragung (wie bei Bassini), — Isolirung des cruralen Bruchsackes von oben oder (zumal wenn festere Verwachsungen bestehen) von unten her, Abbinden und Nachobenschieben des Stumpfes, bis man das Periost des horizontalen Schambeinastes (Lig. Cooperi) deutlich sieht. — Anlegung der Muskelnähte (mit halbkreisförmigen Trokarnadeln und starker Seide). Die Nadeln werden medial eingestochen und unter Leitung eines unter der Muskelschicht liegenden Fingers innerhalb des Muskelfleisches vorgeschoben bis an den freien lateralen Rand, wo sie ausgefädelt, die beiden Fadenenden einstweilen mit Schieberpincetten gefasst werden. Nachdem die Vena femoralis etwas frei gemacht und mit einem stumpfen Haken lateralwärts gezogen, werden mit stark gekrümmter Nadel die Fadenschlingen am Lig. Cooperi angelegt, die dazu bestimmt sind, die Fäden der Muskelnaht hier durchzuziehen (wie bei Fergusson'scher Gaumennaht). Erst wenn alle Nähte liegen, wird (am besten medial anfangend) geknüpft. Zur Sicherheit kann (zumal bei Männern) noch oberhalb eine Naht zwischen Muskel und Lig. Poupartii angelegt werden. Danach Vernähung der Fascia obliq., dann Hautnaht. Compressivverband mit dickem Gaze- oder Wattebausch, der an Stelle der früheren Hernie angedrückt wird.

Nach 7—8 Tagen Entfernung der Hautnähte zugleich mit dem primären Verband, nach 14 Tagen Entlassung des Patienten mit der Weisung, sich noch 3 Wochen lang schwerer Arbeit zu enthalten.

Das Verfahren wurde in 12 Fällen angewandt (7mal bei Männern). Recidive bisher nicht beobachtet. Schr.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. VII. Heft 5 (Mai).

1) A. Martin-Berlin: **Ueber Operationen am Rectum.**

Verhältnissmässig häufig finden sich bei gynäkologischen Kranken Haemorrhoidalbeschwerden, Fissura ani, Prolapsus recti, ebenso Fisteln und Geschwürsbildungen, seien letztere nun auf Haemorrhoiden zurückzuführen oder syphilitischen Ursprunges. Auch Traumen (Untersuchung per rectum) können Geschwürsbildungen veranlassen. Die Diagnose dieser Leiden ist meist leicht. Die bei den Operationen am Rectum häufig recht beträchtliche — meist venöse — Blutung vermeidet M. dadurch, dass er seitlich vom Anus mehrere tiefgreifende Umstechungsnähte anlegt. Es genügen in der Regel 4 solche Ligaturen, die 3—4 cm vom After je auf einer Seite, am Damm und am Hinterdamm eingelegt werden. Bei Auslösungen der unteren Abschnitte des Darmes wird die Schleimhaut in einzelnen Segmenten umschnitten und abgelöst und dann der Schleimhautwundrand sofort an die Analöffnung mit einzelnen Knopfnähten fixirt. Es entsteht so zunächst eine Eversion des Darmes mit klaffendem Anus. Sobald aber die blutstillenden Nähte gelöst sind, verkleinert sich der Anus und der Darm zieht sich bei der Heilung mehr und mehr wieder zurück.

Die Heilung ist meist grossentheils eine primäre. Im Ganzen wurden auf diese Weise 23 Kranke operirt mit gutem Erfolge. Die vorgeschlagene Operationsmethode schützt nicht nur sehr sicher vor Blutungen, sie verringert auch die Gefahr der Wundinfection und lässt mit grosser Sicherheit spätere Stricturbildung ausschliessen.

2) W. Schmidt-Halle: **Ein Fall von Krebs der vorgefallenen Gebärmutter.**

Beschreibung eines Falles dieser seltenen Complication. Heilung durch vaginale Totalexstirpation. Die vorgefallene Scheidenschleimhaut zeigte eigenthümliche papillomatöse Wucherungen oberhalb des die vordere und hintere Muttermundslippe einnehmenden Carcinomes.

3. Th. Brünings-München: **Ueber Geburtsstörungen durch Tumoren.**

Im ersten Falle bildete ein im kleinen Becken gelegener cystischer Ovarialtumor ein absolutes Geburtshinderniss: Nach Punction der Cyste rasche spontane Geburt. 5 Monate später hatte sich die Cyste wieder gefüllt, konnte jedoch wegen ausserordentlich derber Adhaesionen durch die Laparotomie nicht entfernt werden. Diese ausgedehnten Verwachsungen liessen vermuthen, dass es sich um Vereiterung des Cyste handeln möge: dies bestätigte die von der Vagina aus vorgenommene Incision. Heilung. Im 2. Falle wurde wiederum eine im kleinen Becken gelegene Geschwulst — Dermoidcyste — punctirt und nach einem vergeblichen Zangenversuche dann die Geburt durch Kranioklasie beendigt. (Uebrigens waren schon vor der Punction Herztöne nicht gehört worden!) Die Kranke erlag einer wohl vom Uterus ausgehenden Infection. Die Section ergab, dass es sich um eine zweikammerige Dermoidcyste gehandelt hatte, deren eine Kammer durch die Punction entleert worden war. Im 3. Falle handelte es sich um ein von der hinteren Wand der Cervix ausgehendes Myom. Dasselbe wurde vom hinteren Scheidengewebe aus enucleirt. Während der sehr schwierigen, 2 Stunden dauernden Operation starb das Kind ab. Entbindung durch Wendung, darauf Schluss der Operationswunde. Tod nach 3/4 Stunden: die Section ergab das Fehlen einer Nachblutung, der Tod ist jedenfalls auf hochgradige fettige Degeneration des Herzens zurückzuführen.

In einer kurzen Besprechung der Behandlung dieser Geburtscomplicationen führt Verfasser aus, dass bei festgestellter Unbeweglichkeit eines Ovarialtumors die Punction vorzunehmen ist, wenn der Geburtseintritt sofort zu erwarten ist, im andern Fall

ist die vaginale Ovariotomie angezeigt. Unter Umständen kann auch die Incision des Cystomes und Einnähung seiner Wand in die Scheide vorzuziehen sein.

Bei der Behandlung der durch Myom complicirten Geburt vermisst Referent, dass diese Tumoren sich öfters durch die Geburtsthätigkeit in's grossen Becken hinaufziehen, sowie dass auch die Reposition des Oefteren möglich ist. Bei einem nothwendigen operativen Eingriffe ist es von der Grösse und dem Sitz des Tumors abhängig, ob der vaginale oder abdominale Weg vorzuziehen ist. Hiebei wird es auch besonders darauf ankommen, den Allgemeinzustand der Kreissenden zu berücksichtigen.

4) O. Fuchs-Breslau: **Zur Behandlung von Totalprolapsen des Uterus durch Totalexstirpation.**

Dieser schwere Eingriff kann nur bei den schwersten Vorfällen im Klimacterium zur Anwendung kommen, jedenfalls vor Eintritt der Menopause nur ganz ausnahmsweise. Die Operation besitzt aber in derartigen Fällen vor der Ventrofixation in Verbindung mit scheidenverengenden Operationen sehr wesentliche Vorzüge. Plastische Operationen allein können in derartigen schweren Fällen bei Frauen, die schwere Arbeiten verrichten müssen, nicht in Frage kommen. Bei 13 Fällen fand sich 2mal ein Recidiv, dasselbe ging von einer von Neuem sich ausbildenden Cystocele aus. Desshalb muss man darauf bedacht sein, bei der Operation die abgelöste Blase durch eine versenkte Catgutnaht zu versorgen. Die Operation verhindert die Cohabitation nicht.

5. A. Mueller-München: **Ueber Hinterhauptlagen und Scheitellagen.**

Vortrag im Aerztl. Verein München. Vergl. das Autorreferat in dieser Wochenschrift No. 11, S. 347.

6. F. L. Neugebauer-Warschau: **37 Fälle von Verdoppelung der äusseren Geschechtstheile.**

Schluss im nächsten Heft. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie, No. 21, 1898.

1) E. Opitz-Breslau: **Beiträge zur Aetiologie des Hydramnios. Vorläufige Mittheilung.**

O. hat die Organe dreier Foeten von Hydramniosfällen untersucht; die allen gemeinsamen entzündlichen Veränderungen in den Geweben, vor Allem der Leber, brachte O. auf die Vermuthung, dass diese entzündlichen Vorgänge durch das Circuliren irgend einer toxischen Substanz mit dem Blute entständen. Zur Entscheidung dieser Frage prüfte er das Fruchtwasser von Hydramniosfällen auf das Vorhandensein einer lymphagog wirkenden Substanz, die er an Hunden mit der Heidenhain'schen Methode der continuirlichen Aufsaugung von Lymphe aus dem Ductus thoracicus feststellte. Die Versuche hatten das Ergebniss, dass normales Fruchtwasser nicht, wohl aber Hydramnioswasser die Lymphsecretion beeinflusst. Aus dieser lymphagog und entzündungserregenden Substanz, die im foetalen Blut kreist, glaubt O. einerseits die entzündlichen Veränderungen im Foetus (vor Allem an Leber und Nieren), andrerseits die Entstehung des Hydramnios erklären zu können. Woher diese Substanz stammt, vermag O. freilich auch nicht anzugeben.

2) H. Biermer-Magdeburg: **Bemerkungen zu der Forderung Gessner's: «Weg mit der Curette aus der Behandlung des Abortes» in No. 12 d. Centralbl.**

3) B. Feinberg-Petersburg: **«Also weg mit der Curette aus der Behandlung des Abortes»?**

Beide Verfasser wenden sich gegen die von Gessner (ref. in diesem Blatte 1898, No. 14, S. 431) erhobene Forderung, die Curette aus der Behandlung des Abortes zu verbannen. Beide sind der Ansicht, dass die von G. dafür empfohlene digitale Ausräumung des Uterus die Curette durchaus nicht, besonders in der Privat- und Landpraxis, zu ersetzen im Stande sei, und Beide hoffen, dass die G.'sche Forderung für's Erste noch nicht allgemein Anklang finden werde. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 12. Bd., 3. und 4. Heft.

v. Korniloff-Moskau: **Ueber die Veränderungen der motorischen Functionen bei Störungen der Sensibilität.**

Verfasser konnte durch seine Versuche an Hunden auf's Neue nachweisen, dass bei der Unterbrechung der centripetalen Leitung auch Störungen in der Motilität auftreten. K. fand bei der Durchschneidung nur der hinteren Wurzeln Bewegungsstörungen, welche der Anzahl der durchschnittenen hinteren Wurzeln entsprachen. Werden alle zu einer Extremität gehenden hinteren Wurzeln durchtrennt, so geräth die Extremität beinahe in einen Lähmungszustand, die Musculatur wird welk und schlaff. Bei Durchschneidung nur weniger sensibler hinterer Wurzeln tritt deutlich Ataxie auf, die Bewegungen in der betreffenden Extremität werden sehr ungeschickt und wenig kräftig ausgeführt.

Hammer-Heidelberg: **Ein experimenteller Beitrag zur Frage der peripheren degenerativen Neuritis bei Tuberculose.**

Auf Grund von sehr zahlreichen experimentellen Untersuchungen kommt der Autor zu der Ueberzeugung, dass die bei der Tuberculose und wahrscheinlich auch die bei anderen Infectionskrankheiten vorkommenden Neuritiden secundärer Natur sind, d. h. von einer primären Veränderung der spinalen Ganglienzellen abhängig zu machen sind. Verf. konnte bei Meerschweinchen, die durch Impfung tuberculös inficirt worden waren, regelmässig eine Erkrankung der motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarkes beobachten, die unter Umständen zu einem völligen Untergang der Zelle geführt hat. Die Ursache dieser Zellveränderungen ist nicht auf infectiöse, sondern auf toxische Störungen zurückzuführen.

v. Bechterew-Petersburg: **Ueber Epilepsia choreica.**

Es handelt sich in dem hier beschriebenen Fall nicht um eine einfache Coincidenz beider Krankheiten, sondern um einen inneren Zusammenhang zwischen Epilepsie und choreaähnlichen Convulsionen. Die choreatischen Zuckungen werden bei dem Herannahen eines epileptischen Anfalles allmählich immer stärker und setzen nach Ablauf desselben eine Zeit lang aus. Der Anfall selbst stellt sich nur als eine mit Verlust des Bewusstseins einhergehende Exacerbation der Choreaconvulsionen dar.

Luce: **Zur Pathologie der Hemiplegien im Gefolge des Keuchhustens.** (Aus der med. Universitätspolikinik zu Strassburg i. E.)

Die im Gefolge des Keuchhustens acut einsetzende Hemiplegie braucht nicht, wie man es wohl nach den klinischen Symptomen vermuthen würde, durch eine Blutung in die innere Kapsel oder in die Meningen der Convexität bedingt zu sein. Als Ursache der bei einem 5jährigen Kinde während eines Keuchhustenanfalls entstandenen Hemiplegie fand sich ausser einer allgemeinen venösen Hyperaemie keine weitere pathologische Veränderung im Gehirn. Die Keuchhustenhemiplegie ohne anatomisches Substrat ist in Analogie zu setzen mit den bei Uraemie und bei chronischer Bleivergiftung auftretenden Hemiplegien und ist, da sie häufig mit corticalen Reizerscheinungen vergesellschaftet ist, als Rindenlähmung aufzufassen.

L. R. Müller-Erlangen: **Ein weiterer Fall von solitärer Tuberculose des Rückenmarkes, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Brown-Séquard'schen Halbseitenlähmung.** (Aus der med. Klinik in Erlangen.)

Ein solitärer Tuberkel hatte genau die rechte Hälfte des 2. Brustsegmentes zerstört, die Krankengeschichte des Pat. stimmte aber nur wenig mit dem von Brown-Séquard beschriebenen Schulbilde der Halbseitenlaesion überein. Es handelte sich nicht um eine völlige Lähmung der gleichseitigen Extremität, sondern nur um eine hochgradige Parese; auf der der Laesion gegenüberliegenden Seite bestand nicht völlige Aufhebung der Sensibilität, sondern nur theilweise Empfindungslähmung: Analgesie und Thermanaesthesie bei erhaltener Tastempfindung. In der Motilität des paretischen Beines trat im weiteren Verlauf der Erkrankung noch geringe Besserung ein. Der Patient erlag seiner schon seit längerer Zeit bestehenden Lungentuberculose.

Dieser Fall ist geeignet, die auch schon von anderer Seite aufgestellte Annahme von einer doppelseitigen Leitung der Tastempfindung und einem doppelseitigen Faserverlauf gewisser motorischer Bahnen zu unterstützen.

Kron-Berlin: **Ueber Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht.**

Aus den hier gegebenen statistischen Angaben lässt sich ersehen, dass sich auch bei tabischen Frauen in der Mehrzahl der Fälle (56 Proc.) Syphilis in der Vorgeschichte findet, die übrigen Schädlichkeiten (jahrelanges Maschinennähen u. s. w.) sind von untergeordneter Bedeutung. Eine Behandlung der Lues mit Quecksilber hat auf die Länge des Intervalles, nach dem die Tabes eintritt, keinen günstigen Einfluss. In der Mehrzahl der nicht behandelten Fälle war die Zeit zwischen syphilitischer Infection und dem Beginn der Tabes länger als bei den nach der syphilitischen Ansteckung mit Quecksilber behandelten Tabikern.

Idelsohn: **Ueber einen Fall von isolirter motorischer Aphasie ohne Agraphie (subcorticale Aphasie?).** (Aus der Poliklinik des Prof. Oppenheim in Berlin.)

Ein schon früher wegen nervöser Ausfallserscheinungen (Hemianopsie) behandelter Patient verlor im Verlaufe weniger Stunden, ohne wesentliche Krankheitserscheinungen, die Sprache vollständig. Der Kranke konnte aber alles zu ihm Gesprochene gut verstehen, ja er konnte die Antworten auf die an ihn gerichteten Fragen fliessend niederschreiben, versetzte aber dabei öfters die Silben (Festern anstatt Fenster). Auch im Affect brachte der Pat. keinen Ton hervor. Auf Jodkali baldige Besserung.

Theoretische Erörterungen über die Lage der einzelnen Gehirncentren und das Verhältniss zu einander.

Lax und L. R. Müller: **Ein Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie der traumatischen Rückenmarkserkrankungen (sogenannte Haematomyelie).** (Aus der medic. Klinik in Erlangen.)

Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Koester: **Zur Casuistik der Erkrankungen des Conus terminalis.** (Aus der med. Poliklinik in Leipzig.)

Ein vorher gesunder, junger Mensch erkrankte plötzlich ohne nachweisbare Ursache mit Incontinentia alvi et urinae, Gefühlsstörungen am After und am Mittelfleisch und mit Lähmung der Beine, die letztere besserte sich mit der Zeit bis auf eine bleibende Peroneallähmung. Verfasser glaubt all' diese Krankheitserscheinungen auf eine Myelitis im Conus terminalis zurückführen zu können. L. R. Müller-Erlangen.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 29. Band, 3. Heft. Berlin, A. Hirschwald.

1) Nonne-Hamburg: **Ueber zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von syphilitischer Spinalparalyse.**

In beiden Fällen bestand eine langsam progressive spastische Parese der Beine mit ganz leichten Blasen- und Sensibilitätsstörungen. Anatomisch fand sich eine ausgesprochen symmetrische Erkrankung verschiedener Stränge (Pyramidenstränge, Kleinhirnseitenstrangbahnen, Goll'sche Stränge etc.), im zweiten ausserdem noch eine dorsale Querschnittsmyelitis.

2) E. Siemerling-Tübingen und J. Boedeker: **Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse.** (Mit 22 Tafeln.)

Eine ungemein werthvolle Arbeit mit sehr zahlreichen, z. Th. photographischen Abbildungen der Kernregionen der Augenmuskeln von normalen und pathologischen Fällen. In 10 untersuchten Fällen von Ophthalmoplegia chronica fand sich der laterale und mediale grosszellige Oculomotoriuskern stets erkrankt, die Westphal-Edinger'sche Gruppe war in 4 Fällen betheiligt, der vordere mediane kleinzellige und der Darkschewit'sche Kern waren stets normal, gehören also nicht zum Oculomotoriuskern. Abducens- und Trochleariskern waren in 8, resp. 9 Fällen mehr weniger degenerirt. Die Anatomie des Oculomotoriuskernes, der Zusammenhang mit dem Trochleariskern und viele andere wichtige Einzelheiten werden ausführlich und klar geschildert, s. Original.

3) Luebbers: **Beitrag zur Kenntniss der bei der disseminirten Herdsklerose auftretenden Augenveränderungen.** (Augenklinik Marburg.) (Mit Abbildungen.)

Im Anschluss an die bekannte Uhthoff'sche Arbeit untersuchte der Verfasser 11 Fälle von multipler Sklerose, darunter einen Fall anatomisch. Der Befund am N. opticus ergab im letzten Falle eine ausgedehnte atrophische Veränderung mit primären interstitiellen Wucherungsvorgängen, z. Th. auch graue Degeneration der Sehnervenfasern. In den übrigen, nur klinisch beobachteten Fällen constatirte L. Atrophia optic. niemals, am häufigsten atrophische Verfärbungen der Papille, mehr weniger ausgedehnt, seltener Neuritis optica. Normal war der Befund in 3 Fällen. 7mal bestand centrales Skotom, 2mal periphere Gesichtsfeldeinschränkung, ausgesprochener Nystagmus in 6 Fällen.

4) Krause: **Ueber eine bisher weniger beobachtete Form von Gesichtstäuschungen bei Geisteskranken.** (Psych. Klinik Göttingen.)

Bei 3 Fällen von chronischer hallucinatorischer Paranoia bestand das Symptom, dass die Kranken feststehende Gegenstände in Bewegung oder bewegte in einer veränderten Form der Bewegung wahrnahmen.

5) Meyer: **Ueber Rippenbrüchigkeit bei Geisteskranken.** (Pathol. Institut Göttingen.)

Durch experimentelle, mikroskopische und chemische Untersuchung an 27 Fällen von Geisteskranken wurde festgestellt, dass die krankhafte Brüchigkeit der Rippen nichts mit Osteomalacie zu thun habe, sondern auf einer einfachen Atrophie des Knochengewebes beruhe.

6) Kirchhoff: **Ueber trophische Hirncentren und über den Verlauf trophischer und schmerzleitender sowie einiger Fasersysteme im Gehirn von unsicherer Function.** (Neustadt in Holstein.) (Mit 8 Abbildungen im Text.)

An der Hand von zwei anatomisch genau untersuchten Herderkrankungen im Grosshirn bespricht der Verfasser eine Reihe verschiedener Fragen, besonders möchte er im Nucleus caudatus ein Centrum für Schmerzempfindung und Muskelatrophie annehmen. Andere Einzelheiten siehe Original.

7) Wartmann: **Alkoholismus und Epilepsie in ihren wechselseitigen Beziehungen.** (Berliner Anstalt für Epileptische.)

Das Resultat der klinischen Studie ist, dass die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes, der «Alkoholepilepsie», unnöthig und ungerechtfertigt ist.

8) Hitzig-Halle: **Zur Geschichte der Epilepsie.**

Berechtigte Prioritätsreclamation gegenüber Unverricht. H. hat schon im Jahre 1870 nachgewiesen, dass Anfälle von Jackson-Epilepsie durch Rindenreizung experimentell hervorgerufen werden können.

9) Flemming-Kiel: **Die Structur der Spinalganglienzellen bei Säugethieren.**

F. vertheidigt gegenüber v. Lenhossék den fibrillären Bau der Spinalganglienzellen. Chr. Jakob, Bamberg.

Virchow's Archiv. Band 151. Heft 2.

Morpurgo und Bindi-Siena: **Ueber die numerischen Schwankungen der Kerne in den quergestreiften Muskelfasern des Menschen.**

In Anschluss an Morpurgo's Arbeit (dieses Archiv Bd. 150, Heft 3) weisen die Verfasser nach, dass Kernreichthum und Kaliber der Fasern im umgekehrten Verhältniss stehen.

Oestreich-Berlin: **Das Verhalten der linken Herzkammer bei den Erkrankungen der Valvula mitralis.**

Mehrere aus einem grossen Material speciell ausgewählte Fälle (!) ergeben, dass bei reiner Stenose der Mitralis der linke Ventrikel nicht atrophirt, dass bei reiner Insuffizienz vorwiegend der linke Vorhof compensirend wirkt. Interessant sind besonders Beobachtungen über Hypoplasie des linken Ventrikels (kenntlich an abnormer Enge der Aorta), über Bildung von «Stromrinnen» und über die Wirkung der Retraction der Klappensegel.

Loewy und Richter-Berlin: **Zur Biologie der Leukocyten.**

Hyperleukocytose, erzeugt durch Injection von Pilocarpin, Nucleïn oder Spermin, verursacht nur ganz geringe Schutzwirkung speciell gegen Pneumococceninfection; Hypoleukocytose geht mit Erhöhung der Blutalkalescenz einher. Nach experimenteller Aenderung des Leukocytengehaltes treten (nicht näher bekannte) Albumosen im Blute auf, was auf einen gesteigerten Zerfall von Leukocyten zurückgeführt werden muss. Versuche über die glycolytische Kraft des Blutes.

Zahn-Genf: **Ueber Tubo-Ovarialcysten.**

Diese stellen im Wesentlichen ein Hydrosalpynx dar; das Ovarium resp. dessen Reste sind in die Wand der Tube eingeschlossen. 2 Fälle von Extrauteringravidität innerhalb solcher Cysten.

Eichhorst-Zürich: **Ueber Meningo-Encephalitis haemorrhagica.**

Krankengeschichte, Sections- und mikroskopischer Befund: Entzündliche Vorgänge an der Pia in der Tiefe der Sulci, mit Haemorrhagien in die Gehirnsubstanz.

Maximow-Petersburg: **Zur Lehre von der Parenchymzellenembolie der Lungenarterie.**

Versuche an Kaninchen: Vom graviden Uterus aus lässt sich mechanisch nur Embolie mit Riesenzellen aus der sogen. Periplacenta erzielen. Bei Zertrümmerung spongiöser Knochensubstanz tritt Verschleppung von Fett, Knochenmarkriesenzellen (letztere auch in der Norm in degenerirten Exemplaren innerhalb der Lungenarterien) sowie ganzer Knochenmarkpartikelchen ein. Eingeschwemmter Detritus kann Gerinnungscentren bilden.

Thorel-Nürnberg: **Ueber die hyalinen Körper der Magen- und Darmschleimhaut.**

Diese nach van Gieson distinct färbbaren Körper finden sich speciell in polypösen Wucherungen des Intestinaltractus und ist ihre Entstehung aus den acidophilen Zellen des interglandulären Gewebes durch Verschmelzung und Vergrösserung der Granula zu beobachten.

Petrén K. und G.-Lund: **Beiträge zur Kenntniss des Nervensystems und der Netzhaut bei Anencephalie und Amyelie.** 1. Theil.

Woinitsch-Sianoschewsky: **Die Operation der Eröffnung des Herzbeutels und ihre anatomischen Grundlagen.** Leichenversuche (Besprechung). Dr. Schilling.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 22.

1) O. Bail-Prag: **Ueber die Inactivirbarkeit leukocytenreicher Exsudate.**

Exsudate von Kaninchen, denen intrapleurale Aleuronatinjectionen beigebracht waren, wurden zur Inactivirung d. h. Abschwächung ihrer keimfeindlichen Eigenschaften 1 Stunde im Wasserbade auf 55° erwärmt, wobei sich ergab, dass das erhitzte Exsudat sich verschiedenen Bacterien gegenüber verschieden verhielt. Es lassen sich 2 Gruppen betreffs der untersuchten Mikroorganismen unterscheiden: Für die einen (sämmtliche Staphylococcen und einige Colistämme) bewahrt das Exsudat eine gewisse Activität, für die andere wird es zu einem guten Nährboden. Doch leiden im erhitzten Exsudat die bactericiden Fähigkeiten sehr merklich gegenüber dem nicht erhitzten. Quantitative Aenderungen des Zellgehaltes ändern daran nichts. Die Versuchstabellen cfr. im Original.

2) H. Aronson-Berlin: **Zur Biologie der Tuberkelbacillen.**

Cfr. Referat pag. 642 der Münch. med. Wochenschr.

3) Dohi-Berlin: **Ueber Prurigo.**

Bezüglich der Symptome des Prurigo macht D. darauf aufmerksam, dass sehr frühzeitig Drüsenschwellungen und zwar besonders an der Leistengegend auftreten, die nicht secundär, sondern als Ausdruck der Allgemeinerkrankung aufzufassen sind. Verfasser beschreibt die histologischen Veränderungen bei Prurigo, die ihm eine klinische Sonderstellung zuweisen. Auffallend ist von den Cutisveränderungen das Fehlen der Talgdrüsen. Durch den Einfluss hygienischer Verhältnisse lässt sich das geographische Auftreten des Prurigo nicht erklären. Manchmal ist die Krankheit familiär. Der Sommer begünstigt das Auftreten der Erkrankung.

4) P. Jakob-Berlin: **Duralinfusion.**

Cfr. Referat pag. 539 der Münch. med. Wochenschr.

5) R. Laudenheimer-Leipzig: **Diabetes und Geistesstörung.** Fortsetzung folgt. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift No. 21 u. 22.

No. 21. 1) H. Köster: **Zur Casuistik der Thrombose und Embolie der grossen Bauchgefässe.** (Aus der medicinischen Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses in Gothenburg.)

K. vermehrt die bisher ziemlich seltene Casuistik durch die Beschreibung eines Falles von Thrombose der Vena mesenterica inferior, zweier Fälle von Thrombose der Vena mesenterica superior, einer Thrombose der Vena lienalis, sowie einer Embolie der Arteria mesenterica.

2) Brandis-Rüngsdorf bei Bonn: **Ueber Syphilis gravis bei Aerzten.**

Interessante Mittheilungen über 10 Fälle eigener Beobachtung, welche die Aachener Cur gebrauchten. Der Vortrag wurde in der medicinischen Section der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn am 22. November 1897 gehalten.

3) E. v. Düring-Constantinopel: **Zur Lehre von der Lepra; Contagion und Heredität.** (Schluss aus No. 20.)

In einer kritischen Besprechung der von Kaposi und Zambaco vertretenen Ansichten betont D. die bacilläre Natur der Lepra und behauptet, dass dieselbe trotz mancher scheinbar widersprechenden Thatsachen nur von Mensch zu Mensch, allerdings in noch nicht mit absoluter Sicherheit festzustellender Weise durch Contagion übertragen wird, also eine contagiöse Infectionskrankheit ist.

4) L. Lewin-Berlin: **Ueber die Behandlung der Lepra auf den Fidschi-Inseln.**

Beschreibung des auf den Fidschi-Inseln üblichen, ziemlich heroischen Verfahrens unter Mittheilung eines angeblich dadurch geheilten Falles. L. empfiehlt die hiebei verwendete Drogue, den Sinubaum (Excoecaria Agallocha), eine zu den Euphorbiaceen gehörige Wolfsmilchart, einer nachprüfenden Forschung.

5) Wilhelm Wechselmann-Berlin: **Ueber Antipyrinexanthem.**

Mittheilung von fünf Fällen, über welche bereits in der Berliner dermatologischen Gesellschaft berichtet wurde.

6) **Aus der ärztlichen Praxis:**

a) Bong-Köln a. Rh.: **Ueber einen durch Secale cornutum bedingten Fall von Uterusruptur.**

Der hier beschriebene Fall ist von wesentlich forensischem Interesse.

b) G. Gottwald-Posen: **Ueber Doppelfärbung der Iris eines im Uebrigen normalen Auges.**

No. 22.

1) F. Pick: **Ueber morphologische Differenzen zwischen ruhenden und erregten Ganglienzellen.**

(Aus dem Laboratorium der I. deutschen medicinischen Universitätsklinik in Prag.)

In einer vorläufigen Mittheilung berichtet P., dass es ihm bei seinen Versuchen gelungen ist, mikroskopische Unterschiede zwischen ruhenden und thätigen Ganglienzellen festzustellen. Die Hauptveränderungen bestehen in einer Abnahme der chromatischen Substanz, Verlagerung derselben in Körnchenform nach der Peripherie, unregelmässige Contourirung und Schrumpfung der Kerne mit diffuser Färbung derselben, sowie eine Andeutung von Zerklüftung der Kernkörperchen.

2) A. Horvath-Kasan: **Ueber die Immunität der Igel gegen Canthariden.**

Die schon 1866 von Radecki behauptete Thatsache, dass Igel gegen das Cantharidengift immun seien, wird durch die vorliegenden Versuche, wonach an Igel bis zu 120 Stück = 30 g lebender Canthariden ohne schlimme Folgen selbst längere Zeit hindurch verfüttert wurden, bestätigt.

3) H. Fischer-Berlin: **Klinische Mittheilungen.** (Fortsetzung aus No. 9.)

II. Nicht operirte Gehirngeschwülste.

a) Beitrag zum traumatischen Ursprung der Gehirngeschwülste.

4) O. Scheffels-Krefeld: **Ueber intermittirenden Exophthalmus und Enophthalmus.**

Mittheilung eines Falles von varicöser Erweiterung der Vena ophthalmica, die in Folge ihres Sitzes hinter dem Bulbus zu den Erscheinungen eines intermittirenden Endo- und Exophthalmus führte. Dieselben traten insbesondere bei längerem Bücken und mit periodischen Exarcerbationen zur Zeit der Menses auf.

5) Heermann-Kiel: **2 Fälle von Sklerom in Deutschland.**

Das seltene Vorkommen des Skleroms in Deutschland (bis 1892 sind nur 3 Fälle bekannt geworden) wird wohl weniger auf einer wirklichen Immunität beruhen, wie von Einigen behauptet wird, als auf mangelnder Erkenntniss der seltenen Krankheitsform.

F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 21.

1) R. Kretz-Wien: **Heilserum-Therapie und Diphtherietod.**

Verfasser berichtet mit ausführlichen tabellarischen Uebersichten über ein Material von 1989 Diphtheriefällen mit 607 Todesfällen, die sich auf die Jahre 1893—97 vertheilen. Die Mortalität fiel von 46, resp. 40 Proc. der Jahre 1893 und 1894 auf 19—25 Proc. herab. Die Kranken, bei denen der tödtliche Ausgang erfolgte, befanden sich seit Aufnahme der Injectionen durchschnittlich in einem spätern Stadium der Erkrankung, als bei den früheren Todesfällen. An Folgekrankheiten starben demgemäss bei der Serumtherapie etwas mehr als früher. Selten waren Complicationen durch Eiterungen. Ein Einfluss der Injectionen auf nephritische Processe wurde nicht beobachtet. Immunisirungserfolge wurden durch das Antitoxin nicht erzielt. Die Forderung, früh zu injiciren, muss als eine cardinale bezeichnet werden.

2) R. Schmidt-Wien: **Ein Beitrag zur Lymphosarkomatosis des Dünndarms.**

2 Fälle mit ausführlicher Krankheitsgeschichte und Obductionsprotokollen werden mitgetheilt. Bei dem ersten, 47jährigen Kranken bestand seit 14 Jahren Disposition zu Diarrhoen, dabei relatives Wohlbefinden, später Meteorismus, kolikartige Schmerzen, Auftreten von hochgradigen Oedemen; im Blute Vermehrung der Haematoblasten, keine Leukocytose. Bei der Section multiples, zum Theil ulcerirendes Lymphosarkom des Dünndarms, Stenose des letzteren durch Verwachsung zweier Schlingen, Stauungserscheinungen. Der 2., 25jährige Kranke zeigte Lungentuberculose, starke Oedeme; bei der Autopsie Lymphosarkomatose des obersten Dünndarmes, Tuberculose der Lymphdrüsen. Einen indirecten Zusammenhang zwischen Tuberculose und Lymphsarkomatose hält Verfasser für möglich. Schliesslich wird die Diagnose des letzteren Zustandes im Anschluss an obige, sowie Nothnagel's Fälle erörtert.

3) J. Pircher-Innsbruck: **Ueber Aethylchloridnarkose.**

Die Mittheilungen erstrecken sich auf 141 Kelennarkosen. Die Excitation ist kurz, das Erwachen rasch. Corneal- und Pupillarreflex meist erhalten; bedrohliche Erscheinungen von Seite des Herzens und der Lungen kamen nicht vor. Erbrechen kam unter obigen Narkosen 18mal vor. Die Dauer der Narkose betrug $1^1/_2$ bis 5, meist 6—10 Minuten, wobei durchschnittlich 8—20 g verbraucht wurden. Es wurde immer der Breuer'sche Korb zur Narkose, ferner französisches Aethylchlorid verwendet. Die Narkosentechnik findet sich im Original ausführlich geschildert.

4) J. Hochenegg-Wien: **Ein Fall von Sanduhrmagen, geheilt durch Gastroanastomose.**

Klinisch zeigte der 25jährige Kranke tägliches Erbrechen, permanentes Durstgefühl, Druck im Leibe, hochgradigste Abmagerung. Die Diagnose wurde erst bei der Operation gestellt. Anlegung der Gastroanastomose nach Wölfler (cfr. 2 Zeichnungen). Vollständige Heilung. Verfasser betrachtet für seinen Fall die Difformität des Magens als congenital. Ein 2. Patient mit ähnlichen Symptomen zeigte bei der Operation nur narbige Pylorusstenose. K. empfiehlt das Wölfler'sche Verfahren als das rationellste.

5) M. Pfaundler-Graz: **Eine handliche Methode zur Messung der agglutinativen Fähigkeit des Blutes Kranker.**

Verfasser benützt für die Herstellung der Mischung von Serum und 24stündiger Typhusagarcultur den für die Zählung der Leukocyten bestimmten Mélangeur des Thoma-Zeiss'schen Apparates, mittels dessen sich die betreffenden Concentrationen leicht herstellen lassen. Technik und Berechnungen sind im Original nachzusehen.

Dr. Grassmann-München.

Italienische Literatur.

Fälle von **Alkaptonurie** sind seit 1859 in geringer Zahl veröffentlicht (Boedeker 1859, Baumann, Wolhow 1891, Fürbringer, Garnier und Voisin 1892, Hirsch und einige Andere). Immer handelte es sich bisher um schwer kranke Individuen, welche dies Symptom boten: hochgradige Kachexien, Carcinom der Prostata (Baumann), 10monatliches Kind mit Diabetes, Tuberculose in vorgerücktem Stadium (Fürbringer, Hirsch), Peritonitis (Hirsch). Im vorliegenden Falle von Noccioli und Domenici handelte es sich um einen zufälligen Befund, den die betreffende 45jährige Frau, ohne daran krank zu sein, seit frühester Kindheit und immer in gleich hohem Grade präsentirte. (Gazzetta degli ospedali 1898, No. 28).

Ueber **die Provenienz der Tetanuskeime** hat Molinari (Giorn. d. R. Società d'igiene 1898) wichtige Experimentaluntersuchungen veröffentlicht. Diese Keime befinden sich in den oberflächlichen Bodenschichten, nicht in den tieferen: in 30—50 cm Tiefe sind sie ausserordentlich selten. Ihre Quelle sind die Fäcalien der Thiere, nicht die des Menschen. Der Darm der Pferde, Rinder, Schweine, Esel, Kaninchen, Hasen, Katzen, Enten, Gänse und Hühner (Hunde sind nicht erwähnt) ist ihr Conservirungs- und Verwahrungsort. Hier werden sie in erhöhtem Maasse virulent, während meteorologische Einflüsse, der Sauerstoff und das Sonnenlicht, ihre Wirkung abschwächt. Trifft man demzufolge die Mikroben in jedem Boden an, so doch am leichtesten in Gärten, auf der Strasse, im Dünger, im Heu- und Stallstaub, in Spinnengeweben, kurz überall da, wohin Fäcalienstaub dringen kann. Diese Fäcaltheorie erklärt das vorwiegende Befallenwerden von Tetanus bei den Landleuten, bei allen Denjenigen, welche mit den genannten Thieren zu schaffen haben, sowie bei denjenigen Hausthieren selbst, welche Wunden und der Castration ausgesetzt sind.

In einer Vorlesung mit Krankendemonstration erörtert Cardorelli das Krankheitsbild der **Myasthenie,** von ihm Miastenia pseudoparalitica gravis benannt. Ohne Zweifel handle es sich bei den etwa 20 Fällen, welche bis jetzt in der Literatur bekannt geworden seien, um eine besondere Krankheitsform. Manche Erscheinungen schienen für eine Bulbärparalyse und für einen centralen Ursprung des Leidens zu sprechen, indessen sei ein pathologischer Befund am Nervensystem bisher nicht erhoben und leicht wechselnde Ermüdungszustände an den Muskeln seien das Wesentliche. Die einfache Bezeichnung Myasthenie hält C. für die passendste. Der vorgestellte Fall war charakterisirt in anamnestischer Beziehung durch erbliche neuropathische Anlage; zu derselben war ein starker Blutverlust gelegentlich einer Verletzung und eine übermässige Muskelanstrengung hinzugetreten. Dann entrollte sich das Symptomenbild folgendermaassen: Erste Phase: Ophthalmoplegie mit Diplopie; zweite Phase: Verlust der Muskelkraft, alle Glieder ermüden schnell, öfteres Ausruhen ist nöthig,

dazu Semiflexion des rechten Ringfingers; dritte Phase: Ermüdung der Kaumuskeln, Parese der Lippen, Schlingbeschwerden. In dem Krankheitsbilde gibt es Stillstände, aber nach jedem Stillstand Verschlimmerung. Prognose ungünstig. Die Therapie — Massage, Strychnininjectionen, galvanischer Strom, Corroborantien — ist wirkungslos. (Gazzetta degli ospedale 1898, No. 29.)

In einer Abhandlung **über Thyreoidea-Thymus-Cur**, erschienen in Genua, Tip. Carlini, lenkt Gaibissi die Aufmerksamkeit auf die Combination beider Mittel bei Behandlung des Kropfes. Die Thymusdrüse allein erweist sich nach G. sehr wenig wirksam. Sie wirkt in Bezug auf die Stickstoffausscheidung durch den Harn antagonistisch im Vergleich mit Thyreoidea, indem sie diese Ausscheidung herabsetzt. Die Combination beider Drüsen gestattet in der Behandlung des Kropfes eine lange Anwendung der wirksamen Schilddrüsenbehandlung. Die Dosirung der beiden Mittel ist so, dass man zu der gebräuchlichen Schilddrüsendosis, welche man von frischen Präparaten am besten herstellt, das doppelte Quantum Thymusdrüse hinzusetzt.

Ueber die **Auswaschung des Organismus bei Cocaïnvergiftung durch Hypodermoklysis** berichtet Bozza (Giornale internazionale delle Scienze mediche Fasc. 3, 1898). Die tödtliche Cocaïndosis: 0,025 per Kilogramm kann man beim Hunde auf 0,035 per Kilogramm steigern, wenn man auf dieselbe die Injection physiologischer Kochsalzlösung folgen lässt. Während beim nüchternen Magen die geringste dem Magen einverleibte tödtliche Dosis 3½ cg per Kilogramm beträgt, kann man diese Gabe auf 5½ cg per Kilogramm steigern, wenn man die Auswaschung mit subcutan beigebrachter physiologischer Kochsalzlösung hinzufügt.

Colombini bringt einen Beitrag **zum Befund des Gonococcus Neisser in Tripperbubonen.** In 2 Fällen fand er ihn in Reinculturen, in 1 mit Staphylococcus pyogenes albus associirt, in einem 4. Fall fand er überhaupt keinen Mikroorganismus. Die Phagocytose erfolgt bei der Blennorhagie sehr schnell, weil die Gonococcen gewöhnlich im Zellprotoplasma liegen und das erklärt die negativen Befunde. (Rif. med. 98. No. 21.)

Zur Hemisystolie, der von einander getrennten und unabhängigen Function beider Herzhälften bringt Cavazzani (Morgagni Parte I, No. I, 1898) vier klinische Beiträge, welche beweisen sollen, dass die Thätigkeit beider Ventrikel so dissociirt sein kann, dass man jede Varietät von Rhythmus und von Systole in beiden Herzhälften unabhängig von einander haben kann. Das Vorhandensein eines Pulsus bigeminus der Arterie beweist nicht, dass das rechte Herz einen Pulsus bigeminus hat, und umgekehrt. Indessen ist wahre Hemisystolie ein seltenes Factum, sowohl in der Klinik als bei Vivisectionen, häufiger sind die Fälle von einfacher Disharmonie oder verschiedener Energie beider Ventrikel. Alle diese Formen von Dissociation der Herzthätigkeit haben oft als gemeinsames Kennzeichen, dass sie von der Function des Nervensystems abhängen.

Corradi (Morgagni P. I, V. I, 98), **über die biologische Wirkung der Tetanustoxine,** stellte seine Untersuchungen an sowohl mit den in Alkohol löslichen als den durch Alkohol in Culturfiltraten gefällten Tetanusgiften. Dieselben erhöhen in constanter Weise den Blutdruck, aber diese Druckerhöhung ist nicht der Dosis proportional, sondern deutlicher während der Tetanusanfälle und in engster Beziehung zur Muskelcontraction stehend. Dies wird dadurch bewiesen, dass Curare die Wirkung aufhebt. Die Wirkung des Tetanusgiftes steht auch in Beziehung zum bulbären Gefässcentrum, weil Durchschneidung der Medulla in der Gegend der Cervicalschwellung ebenfalls die Wirkung aufhebt. Die Frequenz des Pulses wie die Excursion des Gefässes wird durch das Gift erhöht. Die Respiration wird durch das Gift in regelmässiger Weise mit der Dosis mehr und mehr verlangsamt. Ferner wächst die ausgeathmete Kohlensäuremenge in regelmässiger Progression.

Die **Tetanusbehandlung nach Baccelli,** d. i. die subcutane Injection von 2—3 proc. Carbolsäurelösung (3—4 cg Carbolsäure pro dosi und bis 35 cg in 24 Stunden) erfreut sich in Italien noch grosser Anerkennung. Die Carbolsäure soll auf das im Blute circulirende Tetanusgift sicherer wirken als das Tetanusheilserum, ausserdem auf die schon vom Gift getroffenen Nervenelemente. Diese Behandlung ist für den praktischen Arzt leicht ausführbar und wenig kostspielig: in allen Fällen sollte sie wenigstens die Serumbehandlung begleiten. Ascoli hat über die mit dieser Methode erlangten Resultate eine Mittheilung an die Accademia Medica zu Rom gemacht. (Gazzetta degli ospedali 98, No. 31.)

Nach einer Milzexstirpation beobachtete Lucetti (Giornal. intern. delle Scienze mediche, Fasc. I, 1898) **einen sehr lebhaften Schmerz in sämmtlichen Knochen,** besonders in den Diaphysen der Röhrenknochen. Zugleich fehlte in diesem Falle jede Vergrösserung der Lymphdrüsen, der Schilddrüse, der Tonsillen und Leber, so dass L. annimmt, dass wegen des Fehlens einer vicarirenden Function dieser letzteren Organe die blutbildende Function seitens des Knochenmarks in so brüsker Weise eingesetzt und diese Schmerzen bewirkt habe.

Perez (Annali d'igiene sperimentale, Vol. VIII, Fasc. I) theilt die weiteren Resultate seiner Untersuchungen über das Verhalten der **Lymphdrüsen gegen die Mikroben bei Infectionskrankheiten** mit.

Wenn der Organismus sich von einer Infection erholt und sich von den specifischen Infectionsträgern befreit, so haben die Lymphdrüsen die Eigenthümlichkeit, dieselben noch eine ganze Weile festzuhalten und ihre Virulenz in dem Maasse herabzusetzen, je länger sie dieselben beherbergen. So gebührt dem Lymphdrüsensystem eine zweifache Wichtigkeit in der Lehre der Infection: Nach der einen Seite ist es ein Vertheidigungsmittel, nach der anderen Seite kann es der Ausgangspunkt von Autoinfectionen werden, deren Ursprung meist unerklärlich ist.

Bezüglich der Behandlung der Pneumonie ist Maragliano auf Grund seiner Versuche ein Anhänger der durch Pane und De Renzi inaugurirten Pneumo-Heilserumtherapie. Indessen vindicirt er **der Digitalis in hohen Dosen in gleicher Weise wie obigem Heilserum eine specifische Wirkung auf die Pneumococcustoxine.** Diese Digitalisbehandlung besteht in der Darreichung von mindestens 4 g am 1. Tage in einem Infus (Petrescu) und 12—16 g gehören zu einer Behandlung. Die specifische Wirkung des Digitalins auf Pneumococcen wurde im Laboratorium der Genueser Klinik nachgewiesen. Geringe Digitalinzusätze tödten diese Coccen ab in Culturen, ebenso neutralisiren sie bei Injectionen die Giftigkeit der Pneumonietoxine. Vermöge dieser gegenseitigen Neutralisirung beider Gifte vertragen Pneumoniker Digitalisdosen, wie sie Gesunde nicht vertragen. (Gazzetta degli ospedali 1898, No. 31. — vergl. diese Wochenschr. No. 15, pag. 475.)

Untersuchungen, welche Scarpitti im pharmakologischen Institut zu Neapel **über die Wirkung des Salicins** auf's Blut anstellte, ergaben eine fast identische Wirkung mit derjenigen, welche von Binz für die Chininsalze gefunden wurde. Das Salicin wirkt temperaturherabsetzend: es verändert weder im Glase noch im Circulationsstrom die rothen Blutkörperchen; es vermehrt, wie das Chinin, den isotonischen Blutcoefficienten, ist wie dieses im Stande, die Wanderung der Leukocyten zu verhindern und gehört, wie das Chinin, zu den negativ chemotaktischen Substanzen. (Riforma medica 1898, pag. 809.)

Aus einer statistischen **Zusammenstellung über die Typhusverbreitung im Königreich Italien** von Caro (Giornale internazionale delle Scienze mediche 6, 1898) entnehmen wir: 1. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten ist der Typhus in Italien noch am meisten verbreitet. Die Mortalität, wenn auch noch sehr hoch, ist Jahr für Jahr im Abnehmen. Am günstigsten verhält sich Ligurien und Sardinien, demnach Piemont und die Lombardei und Venedig. In den ländlichen Bezirken sind besonders volkreiche Centren betroffen. Die grösste Frequenz berechnet C. merkwürdiger Weise auf das Alter von 0—5 Jahren, demnächst auf das von 20—40 Jahren. Bezüglich der Jahreszeit fällt das Minimum auf die Monate Februar, März, April, das Maximum auf August bis September.

Auf Grund sorgfältiger Beobachtung eines Falles von **Addison'scher Krankheit** betont Caporali (Riforma med. 1898, pag. 867), dass die Intoxicationserscheinungen in diesem Falle nicht durch Neurin, wie es Marino Zuco behauptet, bedingt waren. Dasselbe war niemals im Urin nachzuweisen und eine Injection desselben bis zu 5 cg wurde gut von der Kranken vertragen, hinderte sogar nicht eine zeitweise Besserung. Die Intoxicationserscheinungen sind nach C. durch ungenügende Oxydation der Gewebe zu erklären.

Marpurgo veröffentlicht die Resultate einer Experimentalarbeit über die **functionelle Hypertrophie der willkürlichen Muskeln.** Diese Hypertrophie ist bedingt durch eine Verdickung der schon präformirten Muskelfasern; es entsteht keine Vermehrung der Fasern. Diejenigen, welche am meisten wachsen, sind diejenigen, welche ursprünglich die dünnsten waren, und die stärksten Fasern des hypertrophischen Muskels sind nicht übernormal, sondern entsprechen den normalen. Die Zunahme der dünnen Muskelfasern, namentlich derjenigen der Extremitäten, welche nach M. die Bedeutung von Reserveelementen haben, die den Muskel zu jeder Schwankung und Vermehrung seiner functionellen Thätigkeit geeignet machen, erfolgt durch Vermehrung des Sarcoplasmas, es tritt keine Vermehrung der Muskelkerne ein. (Archivio per le Scienze med. 1898, S. 2.)

Von der Entdeckung des **Gelbfieberbacillus** durch Sanarelli, auch **über seine Versuche, ein Heilserum zu gewinnen,** ist in diesen Blättern wiederholt berichtet worden. In No. 43 der Gazzetta degli ospedali e delle cliniche theilt der Autor seine weiteren Versuche mit. Dieselben wurden auf Aufforderung der Regierung von Brasilien und unter Mitwirkung einer Commission in der vom gelben Fieber stark heimgesuchten Stadt St. Paolo unternommen. Das Heilserum stammte von Pferden, welche zum Theil 12, zum Theil 14 Monate lang gegen die Krankheit hochimmun gemacht waren. Diese Immunisirung erfordert grosse Ausdauer und führte allmählich zur Gewinnung eines Serums, welches Thiere, die experimentell mit der Krankheit inficirt waren, zu heilen, auch präventiv angewandt, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern vermochte. Zunächst wurde das Serum subcutan 15—20 ccm injicirt, später auch, um eine intensivere Wirkung zu erzielen, in der gleichen Gabe intravenös. Die Wirkung war in allen Fällen eine ersichtliche. Von 22 Kranken, bei welchen es angewandt wurde, starben 5. Diese letztere waren vorgerückte oder sehr heftige Fälle. Sobald sich Anurie oder anhaltende Delirien eingestellt haben, d. h. die Folge einer Wirkung der Toxine des gelben Fiebers,

ist die Anwendung ohne Erfolg. Es kommt auf eine frühzeitige Anwendung der Injectionen bis zum 2.—3. Tage der Krankheit an. Das Serum wirkt nicht wie das Diphtherieheilserum antitoxisch, sondern bactericid. Ein günstiges und sehr früh eintretendes Zeichen der Wirkung ist Vermehrung der Urinsecretion oft bis zur Polyurie. Zunächst beobachtet man nach der Injection Turgor der Haut in der Gegend der Brust und des Gesichts, Injection der Conjunctiven, Reactionsfieber mit Schweiss und Temperaturerniedrigung; urticariaähnliche Erytheme sind häufig. Die Schutzwirkung des Heilserums bewährte sich in St. Paolo ebenfalls bei einer in einem Gefängnisse ausgebrochenen Epidemie. Derartige Epidemien unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen pflegen oft mit dem Aussterben einer ganzen Anstalt zu enden. Im vorliegenden Falle erkrankte Niemand mehr, nachdem sämmtliche Insassen einschliesslich des Aufsichtspersonals der Impfung unterzogen waren. Weitere Versuchsreihen werden von dem hochverdienten Autor in Aussicht gestellt. Hager-Magdeburg N.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 25. Mai 1898.

Demonstrationen:

Herr **Th. Landau:** Operation eines Recidivs von Uteruscarcinom. Der Anregung A. Rosenstein's folgend, welcher bei einem derartigen Recidiv nach Uterusexstirpation die **Iliacaldrüsen** entfernte und dadurch eine nun schon 3 Jahre anhaltende Recidivfreiheit erzielte, entfernte L. in einem Falle von Uteruskrebs das Narbenrecidiv in grösster Ausdehnung. Die vorher kachektische Frau erfreut sich eines relativen Wohlbefindens; Operation im März d. J. Es sei aber bei Uteruscarcinom mit der Entfernung der Genitalien nicht gethan; man müsse auf Recidive achten, um auch diese rechtzeitig und radical zu behandeln.

Herr **Hirschlaff**: Präparate eines Falles von multiplem, durch alle Organe verbreiteten **Melanocarcinom**, ausgehend von einem zweimal operirten melanotischen Tumor an der Vulva. Ferner eine sehr grosse leukaemische Milz. Chronischer, 3½jähriger Verlauf mit vorwiegend mononucleären Zellen.

Herr **Treitel**: Angeborener **Zungentumor** an der Basis der Zunge, den Vortr. per exclusionem als eine versprengte Thyreoidea diagnosticirt. Cyste ausserdem durch Probepunction ausgeschlossen.

Tagesordnung:

Herr **Paul Cohn** a. G.: **Inwieweit schützt der Brand- und Aetzschorf aseptische Wunden gegen eine Infection mit Diphtheriebacillen und pyogenen Streptococcen?**

Fortsetzung seiner früheren, an dieser Stelle vorgetragenen Untersuchungen.

Herr **A. Blaschko: Sollen die Prostituirten auf Gonorrhoe untersucht und behandelt werden?**

Vortr. geht zunächst auf die rechtliche Seite der Frage ein und erwähnt den von Herrn Behrend in seinem kürzlich gehaltenen Vortrage citirten Breslauer Fall: es hatte das Schöffengericht eine dem Spital entlaufene Prostituirte freigesprochen, da sich bei der zuletzt dort vorgenommenen Untersuchung keine Gonococcen im Secret mehr gefunden hätten und die Prostituirten zwar verpflichtet seien, sich behandeln, nicht aber, sich beobachten zu lassen. Dieser Gerichtsbeschluss sei in hohem Maasse anfechtbar. Es seien fast alle Juristen und Hygieniker darin einig, dass die thatsächlich ausgeübte Controle der Prostituirten durch den Staat und deren zwangsweise Behandlung jeglicher gesetzlichen Grundlage entbehre. Obwohl Vortr. demnach das geübte Verfahren für vollkommen ungesetzlich erklärt, tritt er doch dafür ein, dass ein solches geübt werde, aber unter Schaffung der nöthigen gesetzlichen Basis.

Das Breslauer Urtheil sei aber auch desshalb unrichtig, da das zeitweilige Verschwinden eines Symptoms, sei es Secret, seien es die Bacterien, kein Beweis für die Heilung sei. Uebrigens könne nicht das Secret das Entscheidende sein; denn ob ein solches vorhanden oder nicht, sei an sich höchst gleichgiltig; es könne sich nur fragen, ob dieses Secret noch ansteckend ist und dies könne z. Z. nur durch den Nachweis des Gonococcus entschieden werden; freilich beweise nur der positive Befund.

Es werde nun eingewendet, dass die weibliche Gonorrhoe äusserst schwer, meist gar nicht heilbar sei. Vortr. verglich nun sein Beobachtungsmaterial mit dem der Polizei und fand daraus, dass die Gonorrhoe bei Männern und Frauen nach seiner eigenen Statistik etwa 75 Proc. der Geschlechtskranken ausmache, während die polizeilich controlirten Mädchen nur in 21 Proc. gonorrhoisch sein sollen. Diese letztere Zahl sei aber sicherlich unrichtig. Der Polizeibericht führt unter 4401 Prostituirten 2154 als geschlechtskrank an und davon 1682 als mit Syphilis oder Ulcus molle und 472 als mit Gonorrhoe behaftet. Da aber das gemischte Untersuchungsmaterial seiner Poliklinik das Verhältniss der Gonorrhoe zu den übrigen Affectionen, wie 7 : 3 ergibt, so würde sich mit Uebertragung dieser Zahlen auf die Zahl der 1682 Syphilitischen bezw. Schankerkranken des Polizeiberichtes eine Gonorrhoeerkrankung von 3924 Prostituirten vermuthen lassen. Eine solche Uebertragung seiner Verhältnisszahlen hält Vortr. für angebracht, da die Einrichtungen auf den polizeilichen Untersuchungsstationen der grossen Zahl von Untersuchungen nicht entsprächen.

Aus dieser Berechnung folgt nun, dass doch nur ein sehr geringer Bruchtheil der gonorrhoischen Prostituirten in's Spital geschickt und dort behandelt wird, und dass damit schon der Werth der ganzen Controle in Frage gestellt wird. Vergleicht man die Verhältnisse der Prostituirten in anderen Städten, so zeigt sich, dass überall die Zahl der Gonorrhoen sehr stark in die Höhe schnellt mit Einführung der Untersuchung auf Gonococcen.

Als besonders zuverlässig erwähnt Vortragender die Statistik Stuttgart's (Hammer), wo bei 29 Prostituirten 33 Erkrankungen und davon 30 an Gonorrhoe verzeichnet werden; und zwar wurde dort vor Einführung der bacterioskopischen Untersuchung fast nie Gonorrhoe constatirt. Bezüglich der Heilerfolge führt Hammer an, dass ein gut Theil wirklich geheilt wurde, ein anderer Theil immer wieder recidivirte und bei einem Rest es niemals zum Verschwinden der Gonococcen gekommen ist.

Wenn man die Erkrankung der jungen Männer als Maassstab für den Erfolg der Behandlung der Prostituirten nimmt, so ergibt sich aus einer Zusammenstellung einer grossen, über ganz Deutschland verbreiteten kaufmännischen Casse, dass gerade diejenige Stadt, welche ihre Prostituirten am energischsten behandelt, die grösste Zahl von Gonorrhoen junger Männer aufweise, nämlich Breslau, und dass es für die Verbreitung der Gonorrhoen unter jungen Männern völlig gleichgiltig ist, ob man die Gonorrhoe der Prostituirten behandelt oder nicht.

Trotzdem hält Vortragender es nicht für richtig, die Prostituirten einfach laufen zu lassen.

Es führt nämlich die Frage, warum nicht jeder mit einer kranken Prostituirten verkehrende junge Mann einen Tripper bekommt, zur Erkenntniss, dass nicht bloss der wechselnde Reichthum des Secretes an Gonococcen, sondern auch besonders die den Prostituirten in den Krankenhäusern anerzogene Reinlichkeit, Ausspülungen u. dergl. von ausschlaggebender Bedeutung für die Uebertragung der Erkrankung sind.

So liegt die grosse Gefährlichkeit junger Prostituirter nach Vortragendem vornehmlich darin, dass sie noch nicht in Krankenhäusern zur Reinlichkeit erzogen sind.

Man könnte sich also, meint Vortragender, darauf beschränken, die Prostituirten gelegentlich zu untersuchen, nur die mit profusen Eiterungen klinisch zu behandeln, alle mit chronischen Erkrankungen aber lediglich zur Reinlichkeit anzuhalten. Damit würde dann die Controllstation mehr den Charakter einer Poliklinik, freilich einer obligaten, annehmen. Es würde ja auch auf diesem Wege nicht Alles, aber mindestens so viel wie mit dem heutigen Verfahren zu erreichen sein, aber auf viel billigere Weise.

Freilich aber würden alle diese Maassnahmen nicht genügen, wenn man bloss die Prostituirten behandelte und nicht auch die kranken Männer. Vor Allem würde es Sache der Krankencassen sein, den Aerzten durch grössere Vollmachten diese Aufgabe zu erleichtern bezw. erst zu ermöglichen. Man müsste hiefür eine obligatorische Krankenhausbehandlung einführen. Ein besonderes Augenmerk müsste auch den Studenten gewidmet werden, die eine besonders grosse Infectionsgefahr darstellen.

Durch eine solche Ausdehnung der Controle auch auf die Männer würde die Ungerechtigkeit eines für die Prostituirten zu erlassenden Gesetzes ausgeglichen und ein Erfolg der ganzen Controle zu erwarten sein. H. K.

Gesellschaft der Charitéärzte.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. Mai 1898.

Krankenvorstellung.

Herr **Müller** stellt einen Patienten vor, der unter den Symptomen einer **Mittelohreiterung** aufgenommen wurde; nach der Radicaloperation dauerten die Beschwerden fort; der Kranke fing plötzlich stark zu fiebern an; in der 3. Woche nach der Operation kekam er Schüttelfröste, die auf pyaemische Vorgänge hindeuteten. Percussionsempfindlichkeit des Hinterhauptbeines links, Schwindel, Stauungspapillen auf beiden Augen, Pulsverlangsamung, Erbrechen. Stuhlverstopfung, Abducenslähmung links machten die Diagnose Hirnabscess wahrscheinlich; als Localisation desselben wurde, da keine Aphasie und keine gekreuzten Lähmungserscheinungen vorhanden waren, die Kleinhirnhemisphäre angenommen und dementsprechend trepanirt. Es entleerte sich nach tüchtiger Erweiterung der Meningealwunde mit der Kornzange, auf die Herr Müller besonderen Werth legt, 1 Esslöffel stinkenden Eiters. Das Befinden des Patienten besserte sich; nur prolabirt an der Operationswunde noch Hirnsubstanz. Es handelt sich nach Ansicht des Vortragenden um einen durch die Aufmeisselung bei der Radicaloperation mobilisirten älteren Abscess.

Herr **Strauss** stellt einen Patienten mit auffallend gewölbtem Abdomen, sonorem Percussionsschall vor, der seit 1895 von Zeit zu Zeit, jedesmal unter ileusartigen Erscheinungen, die verschiedensten Kliniken aufsuchte. Laut Krankengeschichte wurde früher die Diagnose Darmstenose gestellt; 2mal wurde bei ihm die Laparotomie gemacht ohne wesentlichen Befund. Vor 3 Monaten wurde er wiederum unter den heftigsten Erscheinungen des Ileus auf die Senator'sche Klinik gebracht, nachdem vorher Geheimrath König, da keine Localisation nachzuweisen war, eine abermalige Operation abgelehnt hatte. Nach einiger Zeit liess das heftige Erbrechen nach, doch traten immer wieder periodenweise ileusartige Attaquen auf; im Harn fand sich Indican in geringer Menge; auffallend war der Mangel von sichtbaren peristaltischen Bewegungen der Därme, wie sie sonst bei Ileus vorkommen. Ein Vierteljahr nach der Aufnahme wurde Patient in einem typischen hysterischen Anfall gefunden; das Abdomen zeigte sich dabei vollständig erschlafft, so dass man die Wirbelsäule palpiren konnte, wurde aber bald wieder aufgetrieben und hart. Mit dem Anfalle verlor Patient seine bis dahin bestehende Aphasie und Astasie. Von hysterischen Stigmata liess sich nur geringe Hypaesthesie des Pharynx und der linken unteren Extremität nachweisen, ausserdem hatte er paroxysmale Attaquen von Polyurie, zeitweise Retentio urinae mit grossen Schmerzen, Phosphaturie und Migräne. Jedenfalls gehört eine derartige **hysterische Abdomenauftreibung** bei Männern zu den grössten Seltenheiten.

Herr **Jolly** stellt 2 Patienten mit **hysterischer Erblindung** vor; dem 1. Patienten fiel im Januar ein Mauerstein auf den Kopf. Es zeigte sich sofort völlige Erblindung, Augencontracturstellung nach oben und links, eigenthümliche Kopfstellung nach rechts und Nackenstarre. Die Pupillen reagirten, Augenspiegelbefund war normal. Dieser Augenbefund liess eine basale Gehirnblutung ausschliessen. Das psychische Verhalten des Patienten war hysterisch; er zeigte hysterische Anfallszustände und Analgesien. Die eigenthümliche Kopfhaltung ging zurück; mit dem linken Auge sieht Patient wieder, mit dem rechten nicht, doch ist diese angeblich noch bestehende Amaurose nichts Anderes als hysterisch verändertes Sehen, die ihm Blindheit vortäuscht, denn wenn man ihm ein Prisma vor dieses Auge hält, sieht er doppelt, stereoskopische Figuren sieht er gekreuzt.

In der Literatur finden sich 2 ähnliche Fälle beschrieben, der eine von Hitzing, der andere von A. Westphal.

Der 2. Patient erblindete nach einem Erhängungsversuch; auch bei ihm ist der Augenbefund normal; er hat ein unstätes Wesen, antwortet nicht auf Fragen, pfeift vor sich hin, nimmt alle möglichen Gegenstände in die Hand; er zeigt den typischen hysterischen Dämmerzustand.

Herr **Müller: Zur Diagnose der traumatischen Affectionen des inneren Ohres.**

Vortragender glaubt aus einem Symptomencomplex, wie Röthung in der Tiefe des äusseren Gehörganges, chronischer Hyperaemie, Trübung und Verdickung des Trommelfells, sowie bläulichrother Farbe desselben, wenn man anamnestisch eine acute Entzündung mit Schmerzen und Stichen ausschliessen kann, namentlich aber, wenn auch der Augenhintergrund eine Vermehrung der Gefässe erkennen lässt, auf Labyrintherschütterung schliessen zu dürfen. Köppen hat nach Erschütterungen durch Trauma zuerst im Schläfenlappen Vermehrung der Gefässe nachgewiesen. Durch Vermehrung der Gefässe entsteht erhöhter Druck im Labyrinth und als Folge desselben Schwindel und Sausen. Auch soll das Salicyl nach Kirchner im Labyrinthe Hyperaemie und dadurch seine unangenehmen Nebenwirkungen veranlassen. Blutegel wirken dagegen durch Hautreiz und die consecutive Contractur der Gefässe auf das Labyrinth entlastend und heben dadurch Schwindel, Sausen und Kopfschmerzen auf.

Herr **Slawyk: Ueber Halbseitenlähmung nach Diphtherie.**

Bei einem 7jährigen Mädchen mit leichtem beiderseitigen Tonsillenbelage trat am 13. Krankheitstage Herzschwäche und Gaumensegellähmung auf. Das Kind zeigte grosse Blässe und allgemeinen Marasmus; im Urin war reichlich Eiweiss. Unter plötzlicher Temperatursteigerung trat linksseitige Facialislähmung und vollständige Lähmung der linken Körperhälfte auf; das Bewusstsein war relativ frei. Bei zunehmender Schwäche trat Exitus letalis ein. Die Obduction ergab Dilatation und parenchymatöse Veränderung des Herzens; die rechte Gehirnhälfte war in toto erweicht; es zeigte sich haemorrhagische Verfärbung des Corpus striatum und Embolie der Arterie fossae Sylvii.

Hemiplegien nach Diphtherie sind ziemlich selten; in der Literatur finden sich 40 Fälle, die durch Embolie (verschleppte marantische Thrombosen des Herzens), Thrombose, Haemorrhagie (in Folge von Nephritis), Encephalitis (in Folge von Mischinfection) verursacht wurden. Die Section wurde in 13 Fällen gemacht, 1 mal fand sich Haemorrhagie, 1 mal Encephalitis, 1 mal Thrombose, 10 mal Embolie.

M. Wassermann.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 19. April 1898.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

(Schluss.)

II. Vortrag des Herrn **Jessen: Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen.** (Der Vortrag befindet sich unter den Originalien in dieser Nummer.)

Discussion: Herr Pluder gibt eine Uebersicht über die augenblickliche Stellung der Laryngologie zur Tonsillenfrage. Zwei Hypothesen stehen sich direct gegenüber. Die eine erblickt in den Mandeln die Eingangspforte für Gelenkrheumatismus, Pyaemie u. s. w, die sich manchmal spurlos, ohne bedeutendere objective Symptome an den Mandeln zu machen, entwickeln können. Diese nimmt an, dass es sich um durch Epitheldefecte in den Buchten und Krypten oder durch gestörte Resorptionsverhältnisse entstandene Loci minoris resistentiae handelt. Die andere, neuere Theorie fasst die Mandeln als Schutzorgan auf, was seinen Ausdruck darin findet, dass der Leukocytenauswanderungsstrom phagocytotisch wirkt. Wird dieser Strom alterirt, verringert oder geschwächt, so kommt es zur Infection. Für diese Auffassung lässt sich geltend machen, dass Wunden im Rachen auffallend schnell heilen und dass die vergleichende Anatomie lehrt, dass Säugethiere, die frei athmen, einen geringen Schutzring, solche, die im Schmutz wühlen, einen stark entwickelten Drüsenring besitzen.

Der Zusammenhang von Mandelhypertrophie und Skrophulose ist nach seinen Erfahrungen nicht häufig. Im Gegentheil sind Kinder mit hypertrophischen Mandeln oft sehr gesund. Allerdings beobachtet man bei ihnen oft Drüsen längs des Sternocleidomastoideus.

Herr Rumpf betont, dass in 30—50 Proc. der Gelenkrheumatismen eine Angina vorausgeht, dass sich Purpura rheumatica, kryptogenetische Septicopyaemie etc. im Anschluss an Rachenaffectionen entwickeln.

Herr Lenhartz erwähnt, dass die Literatur keineswegs so spärlich sei, wie Herr J. es angegeben. Unter den chronischen Erkrankungen, die ihre Eingangspforte in den Gebilden des Schlundringes finden, betont er die Tuberculose, unter den acuten das Erysipelas faciei, das oft sich im Anschluss an eine einfache Angina entwickelt.

Herr Fraenkel verlangt für die Annahme des Zusammenhanges von Septicopyaemie mit Veränderungen an den Tonsillen das Vorhandensein von tiefer gehenden Abscessen. Die ersten beiden Fälle des Vortragenden sind nicht sicher beweisend.

Bei den im 2. Fall bei der Obduction gefundenen intratonsillaren Abscessen handelt es sich vielleicht um alte Pfröpfe. Das Gesichtserysipel schliesst sich, wie Fr. im Gegensatz zu Lenhartz betonen möchte, meist an Rhagaden der Nase an. Zuweilen entwickeln sich im Anschluss an Anginen Rachenerysipele und von diesen ausgehend weiter Gesichtserysipele. Ebenso kann sich aber auch umgekehrt an ein Gesichtserysipel ein Rachenerysipel anschliessen.

Sitzung vom 3. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen:**

1. Herr **Oettinger: Ein Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase.** (Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

2. Herr **Unna** zeigt 2 jahrelang behandelte und jetzt seit längerer Zeit völlig **geheilte Lupusfälle.** U. will später das Genauere

über die nicht chirurgische Dermatotherapie des Lupus berichten, die sich in eine diffuse Flächenätzung (Salben, Pflastermulle, vornehmlich Salicyl-Creosotpräparate) und in eine punctuelle Tiefenätzung («Spickmethode» in Gestalt von mit Medicamenten armirten Hölzchen — Sublimatölinjectionen u. s. w.) gliedert. Der kosmetische Effect ist ein idealer. Die Narben sind tadellos und von erkranktem Gewebe ist trotz enormer Ausdehnung, die eine chirurgische Radicalbehandlung jedenfalls schwierig gestaltet hätte, nichts mehr zu bemerken.

3. Herr **Conitzer** demonstrirt ein von ihm construirtes **Instrument** zur Entfernung der Nähte in der Tiefe der Scheide und an der Portio, das sich namentlich nach plastischen Operationen als zweckmässig erwies.

4. Herr **Hirsch** stellt einen Kranken vor, bei dem er einen grossen operativen (Tonsillartumor) Defect am weichen Gaumen und Rachen nach grossen Schwierigkeiten durch einen Obturator so gedeckt hat, dass die Schluck- und Sprachstörungen des Kranken behoben sind.

5) Herr **Prochownik** referirt unter Demonstration der operativ gewonnenen Organe über einen Fall, in welchem die Diagnose auf eine linksseitige, noch nicht geplatzte ectopische Schwangerschaft bei alter fixirter Retroflexion gestellt war. Bei der Operation fand sich ein Eiterherd, der einem Geschwür mit zerfetzten Rändern entsprach, das zwischen Uterus und Blase gelegen, wahrscheinlich dem Versuche eines criminellen Abortes seine Entstehung verdankt. Die Unmöglichkeit, bei Rücklassung der Gebärmutter die Infection des Peritoneums mit Sicherheit auszuschliessen, machte die supravaginale Amputation des Uterus erforderlich.

6) Herr **Peltesohn** demonstrirt und empfiehlt **Gitterverbände** für Augenkranke, die sowohl nach Operationen wie bei Erkrankungen des äusseren Auges (Phlyctaenen etc.) äusserst zweckmässig sind und den bisher angewandten, festen Occlusivverbänden vorzuziehen sind.

II. Discusssion über den Vortrag des Herrn **Jessen: Ueber die Tonsillen, als Eingangspforte schwerer Allgemeininfectionen.** (Fortsetzung).

(Sitzung vom 17. Mai siehe No. 21 ds. Wochenschr.)

Sitzung vom 31. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen:

1) Herr **Embden** demonstrirt a) einen Fall von **Hemiatrophia faciei progressiva.** Der Fall betrifft ein junges Mädchen, bei dem sich die Atrophie anfänglich in fleckig auftretender Hautveränderung der linken Gesichtshälfte zeigte. Zum Verluste der Haare und zum Hautschwund gesellte sich später eine Volumenabnahme der Subcutis und der Musculatur, sowie in letzter Linie ein Kleinerwerden des knöchernen Skelettes. E. bespricht die zur Erklärung des Leidens aufgestellten Theorien, von denen er der von Mendel, dass es sich um trophische Störungen im Verlaufe des Nerv. trigeminus handelt, die grösste Wahrscheinlichkeit vindicirt.

b) einen Fall von **Akromegalie.** Der sehr grosse Kranke zeigt in klassischer Weise die «Hypertrophie der gipfelnden Theile», die sich, wie Röntgenaufnahmen ergaben, nicht nur auf das Skelett, sondern auch auf die Weichtheile erstreckt, den oft beschriebenen «doppelten Buckel», hier in Combination mit einer bedeutenden Volumenzunahme des Proc. ensiformis, die dadurch bedingte typische Körperhaltung u. s. w. Auch Symptome, wie Kopfschmerz, Schwindel und Sehstörungen, die auf einen Hypophysistumor hinweisen, bietet der Kranke. Auffallend weit sind die Gelenkspatia zwischen den Knochen des Handskelettes.

2) Herr **Franke** stellt einen Fall von **Hippus** auf einem Auge vor.

3) Nachtrag aus der Sitzung vom 17. Mai 1898.

Herr **Zenker** demonstrirt einige **Neuerungen auf dem Gebiete der mechanischen Orthopädie.**

Erstens ein Hessing-Corsett, an dem er Pelotten angebracht hat, welche analog denen im Hoffa'schen Rahmen redressirend im Sinne des verlängerten diagonalen Durchmessers des skoliotischen Thorax wirken. Von der vorderen rechten Armkrücke verläuft eine Stahlstange frei nach dem vorderen Theil des rechten Hüftbügels, eine zweite Stange ebenfalls frei von dem hinteren Abschnitt der linken Armkrücke nach der linken hinteren Hüftbügelpartie. In diesen Stahlstangen ziehen von den Pelotten aus Gummizüge, deren resultirende Kraft genau von einem Rippenbuckel zum anderen hin einen Druck ausübt, also die verlängerte Diagonale verkürzt. Da sich diese Vorrichtung auf den absolut unverschieblichen Hessing'schen Hüftbügeln aufbaut, so können die Patienten dem Druck nicht ausweichen, was früher immer der Fehler aller Versuche mit Pelotten war. —

Ausserdem werden vom Vortragenden Cellulose und Celluloid, sowie aus beiden Stoffen componirte Schienenhülsenapparate und Corsetts demonstrirt.

II. Vortrag des Herrn **Hahn: Ueber Lues hereditaria tarda.**

Unter den Zöglingen der Hamburger Idioten-Taubstummen- und Blinden-Anstalten fand Vortragender eine grössere Anzahl von Individuen, die als Paradigma für die in Rede stehende Krankheit zu gelten haben. Unter Demonstration einer grossen Zahl besonders marcanter Schulfälle bespricht er die Pathologie der in der 2. Kindheit auftretenden Heredosyphilis. Zu seinen Ergebnissen kam H. naturgemäss auf dem umgekehrten Wege, wie Fournier: während dieser seine Beobachtungen an Kindern ihm als sicher syphilitisch bekannter Eltern machte, konnte H., da ihm Antecedentien nur in einem Bruchtheil der Fälle zur Verfügung standen, nur aus den gefundenen Stigmata rückschliessend die Diagnose stellen. Es lag daher in der Natur der Sache, dass neue diagnostische Gesichtspunkte oder Erkennungszeichen nicht gefunden wurden.

Redner bespricht die einzelnen Erscheinungsformen: 1. Veränderungen am Schädel: Asymmetrie, Hydro- und Mikrocephalus. — 2. Hautveränderungen: in Gestalt von runden, pigmentfreien, oft nierenförmigen, oft mit dem Knochen verwachsenen Narben. Dieselben finden sich besonders auf der Stirn, an den Unterschenkeln und sind die Residuen von Hautgummata; in anderen Fällen finden sich strahlige, streifige Narben an den Lippen und Mundwinkeln, die Folgen jener bekannten Rhagaden an dieser Stelle. 3. Im Nasenrachenraum trifft man Sattelnase, Narben am harten und weichen Gaumen, Perforationen u. s. w. 4. Am Knochengerüst kommt es zu Periostitiden (Vorstellung eines seltenen Falles von Periostitis an der Stirn), Knochenverdickungen und -Verkrümmungen: Säbelscheidentibien; Längendifferenz der Tibien. An den Gelenken findet man die fieberlos und schmerzlos verlaufende Hydrarthrose, oft mit Hyperostosen in der Nähe der Gelenke combinirt, in selteneren Fällen den Pseudotumor albus syphiliticus Fournier's, ferner die deformirende Arthropathie. 5. In den Muskeln sind Gummata sehr selten. Vortragender sah einen Fall von Gumma im Musc. sternocleidomastoideus. — Redner wendet sich dann zur Besprechung der Hutchinson'schen Trias: Difformität der bleibenden, beiden oberen, mittleren Schneidezähne, Taubheit, Keratitis. Auffallender Weise ist der Procentsatz der auf ererbte Syphilis zurückzuführenden Taubstummheit in der Hamburger Anstalt ein recht geringer. Redner fand unter 100 daraufhin untersuchten Zöglingen nur 4. Diese sahen sich ungemein ähnlich, als ob sie Geschwister wären, sie waren beschränkt, denkträge, weniger lebhaft als ihre Genossen, machten im Unterricht die geringsten Fortschritte. — Die Taubheit bei der Heredosyphilis ist die Folge von 3 verschiedenen Processen. Entweder handelt es sich um ein Uebergreifen der syphilitischen Erkrankung vom Nasenrachenraum aus durch die Tuba Eustachii auf das Ohr, oder sie ist die Folge einer specifischen Otitis media, die sich durch ihr plötzliches, schmerz- und fieberloses Einsetzen charakterisirt, oder es kommt zu der pathologisch-anatomisch wenig gekannten «tiefen Taubheit» (central), die plötzlich meist beide Ohren gleichzeitig oder in kurzen Intervallen befällt, bei der es sich wahrscheinlich um Kernerkrankungen (Boden des IV. Ventrikels) handelt. Die Stummheit ist meist die secundäre Folge der Taubheit. — Die syphilitische Keratitis charakterisirt sich durch ihren schleichenden, schmerzlosen Verlauf. Von anderen Augenkrankheiten auf der Basis der Heredosyphilis sind Iritis, Chorioiditis, Retinitis und Erkrankungen des Opticus zu erwähnen.

Den deletärsten Einfluss äussert die Syphilis hereditaria auf die allgemeine körperliche und geistige Entwickelung. Häufig findet man einen lange bestehenden kindlichen Habitus, Zwergwuchs, mangelhafte Entwickelung der Genitalien. Nervensystem: Selten sind Erkrankungen peripherer Nerven, am häufigsten unter ihnen Oculomotoriusaffectionen. Ebenso selten sind Rückenmarkserkrankungen, doch beschreiben Fournier und Remak Tabes. Auch in der Aetiologie der multiplen Sklerose spielt die Lues hereditaria eine Rolle. Gehirnleiden sind viel beobachtet: chronische Meningitis, Entzündungen der weichen Häute, Herde und Erweichungen der Rinde; klinisch trifft man Idiotie, Epilepsie, Paralysen, Intelligenzstörungen u. s. w.

Unter 540 Insassen der Alsterdorfer Idiotenanstalten fanden sich 40 Individuen mit Stigmaten für Lues hereditaria tarda. Darunter fanden sich bei 22 Schädelanomalien, bei 19 Nasenveränderungen, bei 17 Periostitiden, bei 12 Zahnveränderungen, darunter 3 mal Mikrodontie, 8 zeigten typische Narben, 8 hatten infantilen Habitus, 7 waren epileptisch u. s. w.

Unter den erwähnten 4 Taubstummen hatte nur einer die Hutchinson'sche Trias. — In der Blindenanstalt fand H. 6 einschlägige Fälle.

Endlich bespricht Redner die Differentialdiagnose zwischen Lues hereditaria tarda und den tertiären Erscheinungen der in frühester Kindheit erworbenen Syphilis. Entscheidend sind hier vor Allem die nur der ersteren Form zukommenden Entwickelungsstörungen.

Discussion: Herr Ludewig, Zarniko und Pluder machen darauf aufmerksam, dass das plötzliche Einsetzen und der schmerzlose Verlauf nichts Charakteristisches für syphilitische Mittelohrentzündungen haben, vielmehr bei Tuberculose die Regel bilden. Letzterer stimmt dem Vortragenden zu, dass in der Aetiologie der Taubstummheit die Syphilis nur eine verschwindende Rolle spielt. Scharlach und Meningitis sind die häufigste Ursache der Taubstummheit bei den Anstaltsinsassen.

Herr Edleffsen betont, dass als Hutchinson'sche Zähne nur die von H. abgebildeten, classischen Difformitäten der oberen mittleren Schneidezähne des bleibenden Gebisses zu bezeichnen sind. Charakteristisch ist neben dem concaven, nach unten ausgehöhlten Rande die Art ihrer Stellung zu einander, dass sie nämlich nach unten convergiren.

Herr Hahn: Schlusswort. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 10. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Urban, Schriftführer: Herr Kister.

Demonstrationen:

1. Herr **Bertelsmann** stellt einen Fall von Myositis interstitialis, sog. rheumatische Muskelschwielen vor. (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Herr Wiesinger hält es für möglich, dass die demonstrirten Erscheinungen auf eine acute rheumatische Entzündung mit vielleicht bacterieller Grundlage zurückzuführen sind. Auffallend sei, dass diese Knoten sich zum Theil so schnell zurückgebildet haben. Herr W. bittet den Vortragenden, sich darüber zu äussern, ob andere Muskelrheumatismen auch pathologisch-anatomische Veränderungen machen.

Herr Bertelsmann antwortet darauf, dass nach Virchow die meisten von rheumatischen Erscheinungen begleiteten Krankheitsprocesse Veränderungen im Muskelapparat setzen.

Herr Wiesinger: Das plötzliche Einsetzen und wieder Verschwinden des Lumbago spräche nicht für die Veränderungen in den Muskeln.

Herr Fraenkel: Unter Schwiele verstehe man ein altes, fibröses, keiner Rückbildung fähiges Gebilde, hier habe man es aber mit einem acuten Process zu thun, der wohl der Rückbildung fähig sei. Diese Erkrankung sei also als eine acute interstitielle Myositis, allerdings dunkler Aetiologie, anzusprechen. Ex juvantibus einen Schluss zu ziehen, sei nicht gerechtfertigt, auch die Sklerodermie werde unter Umständen durch Salicyl günstig beeinflusst.

Herr Bertelsmann: Der zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnittene Knoten sei allerdings acut entstanden, die anderen beständen aber wahrscheinlich seit 6 Jahren. Die beiden in den Waden befindlichen Knoten glaubt er als Schwielen bezeichnen zu können; dieselben würden sich wohl kaum, wenigstens nicht vollständig, zurückbilden.

Herr Fraenkel fragt, ob bei den Knoten palpatorische Unterschiede zu constatiren seien.

Herr Bertelsmann: Die 3 alten Knoten seien härter anzufühlen, schmerzhafter sei aber der zur Untersuchung herausgeschnittene gewesen.

2. Herr **Meineke** demonstrirt die Leber von einem Fall von Eklampsie, die ein schönes typisches Bild darbietet.

Herr Fraenkel bittet, eine eingehende Discussion auf eine spätere Sitzung zu verschieben und ist bereit, dann eine Anzahl von Präparaten zu demonstriren.

Es folgt der Vortrag des Herrn **Unna**: **Neuere Thatsachen über den Fettgehalt der Haut:**

Herr Unna demonstrirt die nach einer neuen Methode gewonnenen Präparate über den Fettgehalt der Haut, welche er bereits auf dem anatomischen Congress in Kiel gezeigt hatte. Die Hautstücke werden in einer Tannin-Pikrin-Salpetersäure-Lösung fixirt, in Celloidin geschnitten und mit einer Alaun-Osmium-Lösung erst in den Schnitten osmirt. Es zeigt sich dann der seit langer Zeit gesuchte Fettgehalt der Knäuelgänge und Schweissporen in Gestalt schwarzer Ausgüsse der Lumina, ausserdem aber ungeahnt viel Fett in den Lymphspalten der Cutis und Stachelschicht und um die Blutgefässe, endlich aber auch geschwärztes Fett, wo man es nicht gesucht hat, in allen Hornzellenkernhöhlen, in einigen Kernhöhlen der Stachel- und Körnerzellen, in den Wandungen der grösseren Blutgefässe und endlich in den Blutgefässen und Blutcapillaren selbst. Durch Variation der Fixirungsflüssigkeit kann man verschiedene Theile dieses Gesammtfettbildes hervorrufen und auf diese Weise die verschiedenen Hautfette einzeln darstellen und vergleichen. Herr Unna bespricht sodann die Fettfrage der Haut vom historischen Standpunkte. Die Fettfunction der Knäueldrüsen ist bei den Klassikern der Hautanatomie: Krause sen., Kölliker, Meissner und Henle eine feststehende Thatsache. Sie gerieth dann Jahrzehnte lang in Vergessenheit und wurde erst neuerdings durch die Methode der Osmirung wieder von Neuem gefunden, bestätigt und genauer verfolgt. Die neue Methode der secundären Osmirung von Schnitten aus fixirten Hautstücken verspricht bei pathologischer Haut und auch bei anderen Organen neue und interessante Fettbefunde zu liefern.

Discussion: Herr Delbanco hebt hervor, dass die neue Methode des Vortragenden von der Chromsäure absehe, deren Gegenwart in Flemming's Lösung, die reducirende Wirkung des Pigmentes u. a. ausschliesse. Flemming's Lösung habe bislang als bestes Reagens für den Nachweis von Fett in Schnitten gegolten; aus dem Vortrag gehe hervor, dass Flemming's Lösung auch nicht alles Fett zur Darstellung bringe. Als Uebelstand seiner Methode habe Unna es selbst bezeichnet, dass eine Nachhärtung in Alkohol und Aether noch nicht zu umgehen sei. Die Nachhärtung besage, dass die neuen Fette in fixirtem Zustand in kaltem Alkohol unlöslich sind. Auffallend sei, dass das Fett der Tuberkelbacillen, von dem bekannt sei, dass es in kaltem Alkohol nicht, bezw. nur zum Theil löslich ist, durch die Methode nicht nachgewiesen wird. Ohne Einfügung des Alkohols und Aethers dürfte die Methode in Beziehung zur Marchi-Methode gebracht werden, bei welcher die in Müller's Flüssigkeit fixirten Organe in Osmiumsäure übergeführt werden. Nach Askanazy's Untersuchungen ist die Marchi-Methode eine «Fettmethode». Rückschlüsse für die normale Anatomie wird man trotzdem mit ihr so leicht noch nicht machen. Nach dem Angeführten müsse aus dem Vortrag abgeleitet werden, dass eine «Vielheit» von Fetten in der Haut existire, vorausgesetzt immer, dass die an so zahlreichen Stellen in der Haut erfolgende Reduction der Ueberosmiumsäure auf Fett zurückzuführen sei und nicht auf Präcipitate eigener Art. Delbanco hofft daher, dass bald die wichtigen Befunde an Gefrierschnitten demonstrirt werden können, für welche übrigens in jüngster Zeit Daddi eine Färbung des Fettes mittels Sudan III empfohlen hat. Der Vortrag eröffne weite Ausblicke für die normale Anatomie auch anderer Organe als der Haut. Die Angaben Unna's über die verschiedene Osmiumreaction der einzelnen Hornzellenschichten in seiner Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Haut wären jetzt einer Erweiterung zugängig. Die Angaben Unna's in seiner Histopathologie bezüglich des Auftretens von Fett bei den einzelnen Affectionen der Haut sind nur spärlich. Grosse Ausbeute verspreche jetzt das seborrhoische Ekzem, wo sicher ein reichlicher Fettfluss vorhanden ist.

Herr Fraenkel räth Vortragendem, Dura mater oder jugendlichen Knorpel, also Material, welches sicher kein Fett enthält, nach erwähnter Methode zu untersuchen. Dadurch erst würde der Beweis erbracht werden können, dass nicht durch die Fixirungsmethode im Gewebe irgend welche Veränderungen hervorgerufen worden sind, durch die bei Schwärzung mit Osmiumsäure Fett vorgetäuscht wird. In den aufgestellten Präparaten sehe man ferner nicht durchweg eine solche intensive Schwarzfärbung, wie man sie sonst zu sehen gewohnt sei, vielmehr sei an einzelnen Stellen eine verwaschene, mehr graue Färbung sichtbar. Auf die Marchi-Methode als «Fettmethode» möchte Herr F. keinen grossen Werth legen. Immerhin verlohne es sich wohl der Mühe, die neue Methode nachzuprüfen.

Herr Unna empfiehlt ebenfalls, mit anderen Methoden die mitgetheilten Befunde zu controliren. Ein gleiches Resultat würde dieselben befestigen, ein abweichendes aber nicht dagegen sprechen, da es verschiedene Arten Fett gibt. Das Fett des subcutanen Fettgewebes und der Knäuel könne man beispielsweise mit allen Methoden darstellen, nicht aber das Fett der Hornzellenkernhöhlen. Dass in diesen irgend etwas liege, sehe man schon an feinen Schnitten und bei starker Abblendung, man habe es nur nicht zu deuten gewusst. Die an Olein reichen Fette osmiren sich momentan, Stearin und Palmitin langsam, aber die letzteren wieder schneller in der Wärme. Es komme also auch das physikalische Verhalten in Betracht. Wenn es nun verschiedene Arten Fett gäbe, so seien zur Darstellung derselben auch verschiedene Methoden nothwendig, die sich ergänzen müssen, ohne sich auszuschliessen.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines).

Sitzung vom 25. October 1897.

Vorsitzender: Herr Keller. Schriftführer: Herr Mies.

Eine **Besprechung des neuen Gesetzentwurfs über ärztliche Ehrengerichte** wird von Herrn Lent eingeleitet, der über die Beschlüsse der rheinischen Aerztekammer eingehend berichtet und auf Grund seiner durch langjährige Arbeiten auf diesem Gebiete erworbenen grossen Erfahrung den zahlreich versammelten Vereinsmitgliedern den wohlerwogenen Rath ertheilt, den Entwurf nicht abzulehnen, trotzdem einige Wünsche der rheinischen Aerztekammer noch nicht berücksichtigt worden sind.

Dagegen beantragt Herr Jakob Klein II, den vom Minister vorgelegten Gesetzentwurf abzulehnen, da die Standesordnung, die unerlässliche Grundlage für ein Ehrengericht, fehlt. Ein Ehrenrath müsse, wie in Bayern, Sachsen, Hamburg und Oesterreich, 1. über alle praktizirenden Aerzte urtheilen können, 2. anders zusammengesetzt sein, nur aus Aerzten bestehen, also keine Juristen enthalten, nur der öffentliche Ankläger könne ein Jurist sein, 3. sich über kleinere Bezirke, wie in Sachsen und Bayern, erstrecken, 4. verurtheilende Entscheidungen nicht mit einfacher Mehrheit treffen.

Nach einer lebhaften Erörterung, an der sich die Herren Lent, Canetta, Hützer, Pröbsting und Thomas betheiligen, erheben sich für den Antrag des Herrn Klein nur 2 Anwesende. Dagegen stimmen fast alle Theilnehmer dem Antrage des Herrn Lent zu, den Entwurf anzunehmen, wenn er gewisse Abänderungen im Sinne der von der rheinischen Aerztekammer gefassten Beschlüsse erfährt.

Sitzung vom 8. November 1897.

Vorsitzender: Herr Bardenheuer. Schriftführer: Herr Mies.

1. Herr **Stiel:** Vorstellung eines Falles von **hemianopischem Gesichtsfelddefect mit Myxoedem-ähnlichen Erscheinungen.**

2. Herr **v. Bremen: Die Lepra-Untersuchungen der Kölner medicinischen Facultät von 1491—1664.**

Nach einigen historischen Bemerkungen über die Lepra und über das Leprosenhaus vor den Thoren Kölns zu Melaten verweist Vortragender auf seine Quellen, die Decanatsbücher II und III und das Statutenbuch der Kölner medicinischen Facultät.

Ursprünglich wurde die Untersuchung Leprakranker durch die Insassen des Leprosenhauses selbst vorgenommen, später trat das medicinische Professorencollegium als eine Art Superarbitrium auf. Eine Verfügung des Rathes von 1493 regelt endgiltig diese Frage. Die Untersuchung fand statt in der Wohnung des Decans in Gegenwart der Professoren und Licentiaten, der Universitätspedellen und Zeugen. Vorher hatte der zu Untersuchende zwei Eide zu schwören, juramentum dicendae veritatis und juramentum de non vindicando. Letzterer wird im Wortlaut angeführt.

Dann wurde das Blut eines Aderlasses untersucht, und der Patient gänzlich nackt auf's Eingehendste besehen und befühlt und nach etwaigen anderen Gründen irgend einer verdächtigen pathologischen Veränderung befragt. Im Ganzen sind 174 Untersuchungsprotokolle vorhanden, 41 über Frauen, 131 über Männer. 13 werden 2 mal, 3 3 mal untersucht. Die Zahl der Untersuchten nimmt stetig ab. Nur 10 Personen werden für der zwangsweisen Absonderung verfallen erklärt, davon nur 4 bei der ersten Vorstellung. 7 mal wird ein anderweitiges Urtheil der Leprosen erwähnt. Bei zweifelhaften Fällen wurde eine Sententia suspensoria gegeben mit Bestimmung eines neuen Vorstellungstermines.

Es werden dann die einzelnen Fälle etwas näher besprochen. Therapeutische Notizen finden sich nur 2 aus der Mitte des 16. Jahrhunderts.

Nach Schluss der Untersuchung fand ein grosses Mahl der Professoren auf Kosten des Untersuchten statt, der ausser allerlei Trinkgeldern jedem Professor und Pedellen einen Goldgulden — 42 Mk. — bezahlen musste.

Ihrer Heimath nach stammten die Untersuchten nicht nur aus Köln, sondern aus den verschiedensten Gegenden; z. B. von Antwerpen, Marburg, Osnabrück und Mainz kamen Kranke zu der kölnischen Facultät gewandert.

3. Herr **Czaplewski: Ueber einen aus einem Leprafalle gezüchteten alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe.**

Dieser Vortrag ist im Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten, I. Abth., XXIII. Bd. 1898, S. 97—107, 189—194 veröffentlicht worden.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. April 1898.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Herr **Thorn:** 1. **«Zur gynäkologischen Operationstechnik».**

Vor einiger Zeit hat Rumpf-Berlin im Arch. f. Gyn. die Technik der gynäkologischen Operateure einer Kritik unterzogen, die nicht sonderlich schmeichelhaft ausfiel und neben einem, im Allgemeinen nicht usuellen, starken Hervorheben eigener Erfolge auf eine Verherrlichung der angeblich weit überlegenen chirurgischen Technik hinauslief. Diese Ausführungen Rumpf's haben bislang nicht eine genügende Richtigstellung und Zurückweisung erfahren. Neben einigem Wahren findet sich in ihnen eine ganze Menge theils unrichtiger, theils schiefer Urtheile. Es würde zu weit führen, hier an dieser Stelle auf Einzelheiten einzugehen, nur der Tendenz jener Arbeit soll entgegengetreten werden.

Wir Gynäkologen leugnen keinen Augenblick, dass unser Specialfach, soweit es operativ ist, ein Ableger der Chirurgie ist und dass hervorragende Chirurgen Bahnbrecher und treue Helfer bis in die neueste Zeit uns gewesen sind. Auch wollen wir nicht bestreiten, dass die ältere Gynäkologenschule wenig für chirurgische Thätigkeit vorgebildet war und dass sie sich zum Theil einer primitiven Technik bediente. Dass das aber für die jüngere Generation noch zuträfe, muss ich nach meinen Erfahrungen bestreiten und ich wüsste nicht, was die Technik der modernen Gynäkologie so Differentes gegenüber derjenigen der modernen Chirurgie hätte, das nicht in den Verschiedenheiten der anatomischen Verhältnisse des Operationsgebietes seine Erklärung fände. Wo Rumpf seine diesbezüglichen Erfahrungen gesammelt hat, ist mir unbekannt, aber soviel ist sicher, dass die modernen Gynäkologen nicht so operiren, wie er es schildert.

Ueber die Principien der Anti- und Aseptik, soweit sie feststehende sind, herrscht zwischen Chirurgen und Gynäkologen heute wohl völlige Uebereinstimmung und dass die Gynäkologen sie nicht etwa mangelhafter befolgen, das beweisen zur Genüge die glänzenden Erfolge, die fast von allen erzielt werden und die auch eine zukünftige Generation kaum wesentlich übertreffen wird. Es soll hier nicht verschwiegen werden, dass man gerade im Vertrauen auf den fast sicher erscheinenden Augenblickserfolg vielleicht in unserem Lager schon zu weit gegangen ist und dass in Zukunft eine bessere Abgrenzung der Indicationen stattfinden muss. Das gilt aber bis zu einem gewissen Grade auch für die moderne Chirurgie. Irren ist menschlich und gerade an Irrthümern und Fehlern lernen wir am meisten.

Das Gebiet, das wir Gynäkologen mit dem Messer angehen, ist zwar nur ein kleines, engbegrenztes, aber gleichzeitig auch ein sehr eigenthümliches, das mit anderen Regionen des menschlichen Körpers schwer vergleichbar ist. Jede einzelne Region fast erheischt gewisse Modificationen des chirurgischen Vorgehens, nicht die wenigsten das Gebiet des weiblichen Beckens. Die Arbeit in der Tiefe des Beckens, sei es von der eröffneten Bauchhöhle, sei es von der Vagina aus, ist nicht die leichteste und was sie uns erleichtert, das ist, dass wir von der Geburtshilfe her gewohnt sind, im Finger einen Ersatz für das Auge zu sehen. Da, wo wir an offenliegenden Regionen operiren, handeln wir nicht anders, als die Chirurgen. So operirt kein gewissenhafter moderner Gynäkologe bei plastischen Operationen an Damm und Scheide wesentlich anders, als es der Chirurg etwa bei Plastiken im Gesicht thut. Nachgerade sind wir uns doch bewusst geworden, dass es nicht auf die einzelnen Methoden ankommt, sondern allein auf exacte Schnittführung und richtige Vereinigung des anatomisch Zusammengehörenden. Aller Erfolg beruht hier auf peinlichster Sorgfalt, die in keiner Weise auf Kosten des raschen Operirens vernachlässigt werden darf. Daneben setzen diese Operationen, sollen sie von wirklich gutem Resultate gefolgt sein, ein gewisses Geschick, Sinn für Plastik und eine tüchtige Portion

Geduld beim Operateur voraus; es kann einer mit Sicherheit und Eleganz die schwerste Laparotomie durchführen und doch nicht das Geschick haben, einen complicirten Dammriss exact zu heilen. Wo die besondere Bedeutung der so einfachen Alexander-Adams'schen Operation als Probirstein für den gynäkologischen Operateur zu suchen ist, bleibt mir unklar. Selbstverständlich wird man die anatomischen Verhältnisse, die dem Chirurgen hier geläufiger sind, beherrschen müssen; die sind aber doch keine sonderlich complicirten. Ueber den Werth dieser Operation kann man vorläufig noch kein Urtheil abgeben; Vieles, vielleicht das Meiste, hängt von der Entwickelung des Ligam. rotund. im Einzelfalle ab.

Die Technik der Laparotomie ist heutzutage eine höchst einfache und an ihrer Ausbildung haben die Gynäkologen den hervorragendsten Antheil. Es mag sein, dass es hier und da noch einen rückständigen Gynäkologen gibt, der in der primitiven Weise, wie sie Rumpf beobachtet haben will, die Bauchdecken trennt; was bedeutet das aber für die Gesammtheit der gynäkologischen Operateure? Und sind diese Dinge nicht überhaupt von sehr untergeordneter Bedeutung? Dass die Naht der Bauchdeckenwunde eine anatomisch exacte sein muss, ist ebenso selbstverständlich, wie die Nothwendigkeit, in den Fällen, wo ein rascher Schluss dringend geboten erscheint, die einfachste Nahtmethode zu wählen. Gehen wir zu den Operationen an den Adnexen und am Uterus selbst über, so ist klar, dass man bei der Exstirpation von Geschwülsten präventiv überall da die zuführenden Gefässe versorgt, wo dies irgend angängig ist, vorausgesetzt, dass eine derartige Sicherung Sinn hat. Es ist keine grosse Kunst, die Gefässe des Stiels einer Eierstocksgeschwulst frei zu präpariren und isolirt zu unterbinden. Ob das bei einem dünnen Ovarialstiel Zweck hat, steht dahin; mehr Zeit erfordert es jedenfalls, als die Ligatur des Stieles en masse, und die Resultate, welche die Gynäkologie bei der Ovariotomie gezeitigt hat, können nicht gut noch übertroffen werden. Bei einem breiten kurzen Stiel, auch bei interligamentärer Entwickelung kann das Freipräpariren und Unterbinden der einzelnen Gefässe Nothwendigkeit werden. Aehnliches gilt für die Castration. Gewisse Erkrankungen der Tuben verändern die Situation wenig, andere sehr; da, wo der Gefässverlauf der natürliche ist, wird eine isolirte Unterbindung gut auszuführen und empfehlenswerther als Massenligaturen sein. Zu diesen letzteren aber werden wir nothgedrungen dann greifen, wenn das fragliche Gebiet starke anatomische Veränderungen erlitten hat und rasch operirt werden muss, so etwa bei stark verwachsenen Pyosalpinxsäcken oder geplatzten Tubengraviditäten. Trotz aller Aseptik und Antiseptik ist es nicht gleichgiltig, wie lange in der eröffneten Bauchhöhle operirt wird; damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass die Sicherheit a conto der Raschheit gefährdet werden darf, auch im verzweifelten Falle nicht. Der Ruhm der Operateure à cinq minutes scheint mir ein fadenscheiniger zu sein, auch haben dem Sport à la Concertmaler immer nur einige wenige unter uns gehuldigt. Die Quintessenz der Rumpf'schen Ausführungen liegt in der Mahnung, die Ligatur en masse zu beschränken und, wenn möglich, präventiv isolirt zu unterbinden unter sorgsamer anatomischer Präparation. Nach diesem Princip ist von ihm und Anderen bei der abdominalen Totalexstirpation des Uterus verfahren worden und ich für meinen Theil glaube, dass wir allen Grund haben, die Bestrebungen Rumpf's in diesem Punkte zu unterstützen. Handelt es sich um eine carcinomatöse oder myomatöse Erkrankung des Uterus ohne wesentliche Aenderung des natürlichen Verlaufes der Gefässe, so wird ein präparatorisches Freilegen derselben, dann auch des Ureters von oben her technisch ohne Schwierigkeit durchführbar sein und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass durch die nun leicht zu bewirkende isolirte Unterbindung der Hauptgefässe die Exstirpation des Uterus erleichtert und eine grössere Garantie für tadellose Heilung erzielt wird, als durch die Abbindung der Adnexe mit Massenligaturen. Sind aber die anatomischen Verhältnisse durch entzündliche Processe an den Adnexen oder durch die Entwicklung der Geschwulstknoten stark verändert, so wird man wohl am besten thun, rein präparatorisch, wie Fritsch, vorzugehen, kleine Strecken von oben nach unten zu durchschneiden, jedes spritzende Gefäss zu fassen und isolirt zu unterbinden oder, wie Bumm will, präventiv mit schmalen Klemmen die Ligamente doppelt abzuklemmen, zu durchtrennen und erst nach völliger Entfernung des Uterus zu unterbinden. Bei der vaginalen Totalexstirpation ist das Freipräpariren und isolirte Unterbinden der Gefässe dagegen technisch nur bei grosser Beweglichkeit des Organs möglich, bei der carcinomatösen Erkrankung hat es zudem wenig Zweck, da man ja durch die Abbindung der Ligamente en masse möglichst viel seitliches Gewebe zur Nekrose bringt, bei Myomen aber, die eine vaginale Entfernung indiciren, ist man sehr zufrieden, wenn man trotz Morcellement beim Abbinden eben noch einen Finger zwischen Uterus- und Beckenwand bringen und so die Ligaturen noch sicher anlegen kann.

Alles in Allem bringt Rumpf wenig Neues und Brauchbares. Die anatomischen Verhältnisse unseres Operationsgebietes nöthigen uns zu einer hier und da von der chirurgischen abweichenden, desshalb aber nicht schlechteren Technik. Gewiss ist das Bestreben, die Massenligatur nach Möglichkeit zu meiden richtig, aber es ist nicht immer durchführbar oder auch nicht stets opportun.

2. «Zur Hydrocele muliebris».

Wenn man die gebräuchlichen Lehrbücher zu Rathe zieht, sollte man denken, dass die Hydrocele feminae eine Rarität sei; achtet man aber auf diese Erkrankung, so findet man sie gar nicht so selten und es kommt ihr sogar eine gewisse praktische Bedeutung zu. Gewöhnlich wird sie mit Hernien verwechselt und mit Bruchbändern tractirt; auch als vermeintliche Hernie ist sie des Oefteren operirt worden. Man begreift unter dem Terminus zweierlei Dinge; einmal Flüssigkeitsansammlungen im Processus vaginalis peritonei, zumeist abgesackt, hier und da aber auch noch durch einen feinen Gang mit dem Cavum peritonei communicirend und so scheinbar reponibel, andererseits Ansammlungen in einem analog dem Gubernaculum Hunteri durchgängig gebliebenen Ligamentum rotundum. Theils sind es uniloculäre Cysten, oft sitzen auch perlschnurartig mehrere hinter einander; sie sind häufiger auf der rechten Seite, manchmal auch doppelseitig. Der Inhalt unterliegt Schwankungen, die zum Theil wohl auf traumatische Einflüsse zurückgeführt werden müssen. Die Diagnose ist bei einiger Sorgsamkeit leicht; nur dann, wenn die Cystenwand durch Bruchbänder stark gereizt wurde, oder wenn noch Communication mit der Bauchhöhle besteht, kann eine Hernie vorgetäuscht werden. Selten machen diese Hydrocelen ihren Trägerinnen dauernde Beschwerden, so dass ein operatives Eingreifen nicht häufig indicirt ist. Die Exstirpation ist bei Bekanntschaft mit den anatomischen Verhältnissen dieser Region eine einfache; nur muss man gewärtig sein, unter Umständen das Cavum peritonei zu eröffnen und desshalb peinlichste Sorgfalt nicht ausser Acht setzen. Fast alljährlich sehe ich 2, 3 solcher Hydrocelen, die mit Bruchbändern behandelt wurden; für den Praktiker ist also die Kenntniss dieser Erkrankungen nicht so bedeutungslos, wie es nach der Schulmeinung scheinen könnte.

Berliner Briefe.

Aerztliche Ehrengerichte. — Medicinalreform.

Wieder einmal hatte sich die Aerztekammer mit der Frage der Ehrengerichte zu beschäftigen, die nachgerade, nachdem viele und heisse Redekämpfe ausgefochten sind, bei Freunden und Gegnern der Vorlage einen Zustand der Ermüdung und des sinkenden Interesses hervorgerufen hat. Die Ansichten der Berliner Aerzte über die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit ärztlicher Ehrengerichte sind getheilt und kamen in 2 Eingaben entgegengesetzten Inhalts an die Aerztekammer zum Ausdruck. Der Geschäftsausschuss der «Aerztlichen Standesvereine» erklärte sich gegen, der des «Aerztevereinsbundes» für die Ehrengerichte, letzterer jedoch nicht geschlossen; der den vierten Theil der Mitglieder des Aerztevereinsbundes umfassende «Neunte Verein» verhält sich ebenfalls ablehnend. Es ist nicht zu verkennen, dass der Minister gegenüber dem ursprünglichen Entwurf wesentliche Zugeständnisse gemacht hat. Insbesondere ist die Zusammensetzung der höchsten Instanz, des Ehrengerichtshofs, nicht mehr eine derartige, dass unter allen Umständen vom Könige ernannte — oder was damit gleichbedeutend ist, vom jeweiligen Minister vorgeschlagene —

Beamte die Majorität bilden; das sollte eine Corrigens sein für die bittere Medicin, die uns mit dem Berufungsrecht der Anklagebehörde zu verschlucken gegeben wird. Nach wie vor soll nicht nur der Angeklagte, sondern auch die Anklagebehörde in der Lage sein, jede Sache vor den Ehrengerichtshof zu bringen; das ist bitter und die Wirkung der Corrigentien bekanntlich unzuverlässig. Ebenso unzuverlässig ist das zweite Zugeständniss bezüglich der Competenz der Ehrengerichte, da es in unverbindlicher Form gemacht ist. Ein arger Stein des Anstosses war der Passus vom «beruflichen und ausserberuflichen Verhalten der Arztes.»

Das war der Kautschukparagraph, unter den sich Alles rubriciren liess, und der unter Umständen eine bequeme Handhabe gegen politisch oder sonst irgendwie missliebige Aerzte werden konnte. Nun hat der Minister allerdings erklärt, dass das Verhalten des Arztes in politischer und religiöser Hinsicht nicht in den Bereich der Ehrengerichte gehört; aber in den Gesetzentwurf ist diese Bestimmung nicht aufgenommen und also ist ihre Wirkung zweifelhaft. Eine dritte Forderung der Aerzte endlich, auch die beamteten und Militärärzte der Jurisdiction der Ehrengerichte zu unterstellen, ist nicht erfüllt worden, und kann auch nicht erfüllt werden. Eine solche Bestimmung würde gänzlich aus dem Rahmen unserer Verwaltung herausfallen und ausserdem zur nothwendigen Voraussetzung die Einwilligung des Kriegsministers haben, die keineswegs zu erlangen ist. Die gemachten Zugeständnisse haben zweifellos dem Ehrengerichte neue Freunde gewonnen; ob sie aber ausreichend sind, um den ganzen Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form annehmbar zu machen, darüber waren die Ansichten in der Aerztekammer getheilt. Schliesslich wurde der Antrag des Referenten, den Minister zu ersuchen, dem Landtage einen Entwurf über ärztliche Ehrengerichte vorzulegen, mit geringer Majorität abgelehnt; dagegen ein anderer Antrag (: die Aerztekammer stimmt gegen den Erlass eines Gesetzes über Ehrengerichte für Aerzte, wenn nicht auch die beamteten und die Militärärzte dem Ehrengericht unterliegen, und wenn nicht im Gesetz festgelegt wird, dass die religiösen, politischen und wissenschaftlichen Anschauungen nicht der Beurtheilung der Ehrengerichte verfallen) angenommen, und zwar der zweite Satz einstimmig.

Damit hätten wir wieder einen Abänderungsvorschlag, und nun könnte der Kreislauf mit Aerztekammerausschuss, Bericht an den Minister, Antwort desselben, Berathungen in den Vereinen, allgemeine Aerzteversammlungen, Aerztekammer u. s. w. in infinitum von Neuem beginnen, wenn man nicht mit der Länge der Zeit aufgehört hätte, sich über die Sache aufzuregen. Aber es ist darüber schon so viel gesagt, dass jetzt fast nichts zu sagen übrig bleibt. Und so werden wir denn in Geduld warten müssen, ob mit den Ehrengerichten uns ein reelles Geschenk oder ein Danaergeschenk in den Schooss geworfen werden wird — vorausgesetzt, dass sie überhaupt zu Stande kommen.

Dass es die Regierung nicht gerade eilig hat, Verbesserungen im Medicinalwesen, auch wenn sie schon längst als Bedürfniss empfunden werden, herbeizuführen, das sehen wir auch neuerdings an dem Schicksal der Medicinalreform. Anfangs schien es, als sollte eine gründliche, den Fortschritten der Neuzeit entsprechende Reform des Medicinalwesens angebahnt werden. Die Functionen, welche unter dem Regime der modernen Hygiene ein Gesundheitsbeamter zu erfüllen hätte, sind so mannigfache, dass die ganze Zeit und Kraft eines Mannes dazu gehört, um sie gewissenhaft zu erfüllen. Sehr bald wurden freilich die Hoffnungen auf eine zeit- und sachgemässe Reform bedeutend herabgestimmt; aber was der jetzige «Entwurf eines Gesetzes betr. die Stellung des Kreisarztes» enthält, ist selbst hinter den bescheidenen Hoffnungen noch zurückgeblieben. Nach wie vor hat der Kreisarzt seine Functionen im Nebenamt zu versehen, das Recht der selbstständigen Initiative hat er nur in äussersten Nothfällen; dass er voll besoldeter, unmittelbarer Staatsbeamter wird, davon ist keine Rede mehr, ebenso wenig von dem Verbot der Privatpraxis resp. von der Beschränkung auf die consultative Praxis. Wenn man das Kind seiner Paragraphenumhüllung entkleidet, um es nackt zu untersuchen, so ist der ganze positive Befund die Pensionsberechtigung des künftigen Kreisarztes, d. h. die Pension von einem Jahresgehalt von 900 Mk.! Parturiunt montes, gignitur ridiculus mus. K.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 4. Juni 1898.

Heilserumtherapie und Diphtherietod. — Relative und absolute Sterblichkeit. — Die Widersprüche bei der klinischen Erprobung. — Der Herr Professor und sein Assistent. — Ueberall Diphtheriebacillen.

Man wusste es hier in Wien, dass Professor Kassowitz in der Frage der Heilserumbehandlung der Diphtherie noch immer auf demselben Standpunkte der absoluten Negation stehe, den er vor ca. 3 Jahren öffentlich eingenommen hatte. Er schwieg aber seither und da mochte so mancher Arzt glauben, Professor Kassowitz sei bekehrt, denn: qui tacet consentire videtur. Dass dem nicht so sei, das hat Professor Kassowitz nunmehr wieder bekundet, indem er in den letzten zwei Sitzungen unserer Gesellschaft der Aerzte stundenlang seinen gegnerischen Standpunkt vertrat, ein kolossales Material von Ziffern und Namen aufmarschiren liess, um zu beweisen, dass diese Methode die erhofften oder von ihren Anhängern promulgirten günstigen Heilresultate keineswegs liefere. Professor Kassowitz erntete gestern Abends und auch in der Vorwoche mit seinen Ausführungen reichlichen Beifall, doch musste die Discussion hierüber wegen vorgerückter Stunde auf das nächste Mal verschoben werden. Wir können an dieser Stelle nur einige Hauptpunkte dieses Vortrages berühren.

Ein Zweifel in die Wirksamkeit des Behring'schen Heilserums sei schon desshalb gerechtfertigt, weil sich auch andere auf derselben Grundlage dargestellten Heilsera, so das Tetanusantitoxin und das Pestserum, in der Praxis nicht bewährten. Die Mikroben des Tetanus und der Pest seien aber allgemein als deren Krankheitsursachen anerkannt, was vom Löffler'schen Bacillus für die Diphtherie keineswegs der Fall sei.

Man beruft sich nun auf die Ergebnisse der Statistik und weist auf den rapiden percentualen Abfall der Sterblichkeit der Diphtherieerkrankungen seit Einführung der Heilserumimpfung hin. Diese relative Mortalität musste aber sinken, sowie es vorauszusehen war, dass die Zahl der für diphtheriekrank erklärten Menschen seit Ende 1894 allenthalben enorm ansteigen würde. Die absolute Mortalität an Diphtherie ist fast überall die gleich hohe geblieben und gerade hier hätte sich die gute Wirkung des Heilserums manifestiren sollen. Ueber Behring's und seiner Anhänger Drängen werden jetzt auch sehr leichte Fälle oder gar simple Anginen mit Bacillenbefund sofort specifisch behandelt und sofort auch der Behörde zur Anzeige gebracht; darum die scheinbare Zunahme der Fälle überhaupt — die Zahl hat sich an vielen Orten seit 1894 verdreifacht und vervierfacht —, darum die scheinbar günstige Ziffer der relativen Sterblichkeit. Ueber die Zahl der an Diphtherie Verstorbenen lässt sich wohl nicht streiten; diese Zahl ist aber, wenn man Sammelforschungen heranzieht, in den letzten Jahren überall keineswegs abgesunken, wie man es hätte erwarten sollen.

Sodann muss gesagt werden, dass die Verhältnisse auch früher nicht gar so fürchterlich waren, als man glauben machen will. So betrug die Letalität in sämmtlichen deutschen Krankenanstalten von 1883—1893 im Durchschnitte bloss 26,9 Proc., eine Ziffer, die heute trotz Serum von manchen Kinderspitälern überschritten wird. Bekannt ist ferner, dass die Mortalität an Diphtheritis auch in früheren Jahren sehr schwankte, es ist daher unzulässig, die da oder dort zeitweilig constatirte Verringerung der absoluten Sterblichkeit für das Heilserum fructificiren zu wollen. In Madrid z. B. fiel die Diphtherieziffer von 1587 (im Jahre 1886) auf 763 (im Jahre 1889) und auf 193 (im Jahre 1893) — ohne Heilserum, in Moskau, London, New-York etc. hat sich während der Periode des Heilserums die absolute Sterblichkeit nicht verringert. In anderen Städten (Wien, Paris) ist sie wohl gesunken, man sieht aber bei uns, wie jeder Praktiker weiss, jetzt sehr selten schwere Fälle von Diphtherie.

Prosector Kretz hat jüngst den Ausspruch gethan, dass das Heilserum sich bei der strengsten klinischen Prüfung vollständig bewährt habe. So allgemein gesagt, sei dies unrichtig,

da einzelne Forscher (Winters, Lennox Brown, Rose u. A.) es ebenfalls klinisch erprobten und als werthlos bezeichneten. Wenn das Heilserum aber antitoxisch, neutralisirend, heilend oder sonstwie wirke, so müsste es, wie Kassowitz besonders betont, 2 schwere Symptome, die Lähmungen und die Nierenaffectionen, günstig beeinflussen. Diese Erscheinungen sind als directe Giftwirkungen anzusehen, sie werden aber zweifellos durch das Serum in keiner Weise beeinflusst, auch wenn dieses Serum früh genug eingespritzt wurde.

Die Zahl der postdiphtheritischen Lähmungen (Herztod) nimmt im Gegentheile in der Serumperiode zu und alle Erklärungsweisen der Anhänger Behring's vermögen dieses Zugeständniss nicht zu beseitigen. Wenn man z. B. sage, der Herznerv werde durch das Gift in irreparabler Weise geschädigt, diese Schädigung vermöge das zu spät injicirte Serum nicht mehr wett zu machen, so erwidere er, dass der Herztod auch bei sofort gespritzten Kindern eintrete und dass es wohl unerklärlich sei, warum der einmal so geschädigte Nerv (resp. die so geschädigten Nierenepithelien) noch viele Tage lang normal functioniren; das sei undenkbar.

Im Weiteren analysirt Kassowitz die zahlreichen Widersprüche hinsichtlich des Auftretens bestimmter Erscheinungen nach den Injectionen. Die Einen sehen das Fieber rasch und kritisch abfallen, die übergrosse Zahl der Autoren leugnet dagegen einen solchen Abfall. Das Gleiche gilt für die Veränderung des Allgemeinbefindens solcher injicirten Kinder. Auch ohne Serum haben K. und andere Aerzte bei der Diphtherie einen solchen plötzlichen Fieberabfall und eine plötzliche Besserung des Befindens wiederholt beobachtet.

Kassowitz kritisirt sodann die Fixirung der Antitoxinmengen, beruft sich hiebei auf Ehrlich's bezügliche Publication und zeigt, dass im Beginne (1894) mit lächerlich geringen Antitoxinmengen grossartige Erfolge erzielt wurden. Heute könne man beinahe sagen, jene Kliniker hatten — exspectativ behandelt. Und dennoch solche Erfolge!

Grosse Heiterkeit erzielte Kassowitz, als er berichtete, wie Baginsky von überraschenden Veränderungen des localen Processes post injectionem zu erzählen weiss, während dessen Assistent Dr. Katz, der doch dasselbe Material beobachtete, nichts Derartiges gesehen hat. Kossel will absteigenden Croup nach den Injectionen nicht mehr gesehen haben, was wieder andere Forscher zugaben und was jetzt allgemein bekannt ist: trotz wiederholter Injectionen schreitet der Process fort, breitet sich aus, ergreift sogar die Tracheotomiewunde etc. Schliesslich sei erwähnt, dass die Zahl der primär oder secundär (nach Intubation) tracheotomirten Kinder, welche sterben, trotz Heilserums nicht geringer geworden und im Ganzen eine noch erschreckend grosse ist (70, sogar 90 Proc.).

Vor 3 Jahren glaubte Kassowitz noch, dass der Löffler'sche Bacillus der Erreger der Diphtheritis sei; heute glaubt er nicht mehr daran und beruft sich auf die Befunde von stark virulenten Diphtheriebacillen bei Scharlach, im Munde ganz Gesunder, bei Menschen, deren Mund- und Rachenschleimhaut nicht intact ist (Aphthen, Stomatitis ulcerosa, im Belage der Wunden nach Tonsillotomie etc.), bei Genesenen nach Diphtheritis wochen- und monatelang etc. Wollte man consequent vorgehen und alle Menschen separiren, welche virulente, gleichwohl für sie und Andere ganz unschädliche Diphtheriebacillen im Munde, in der Nase, in der Lunge etc. zeigen, so würde dies unhaltbare Zustände ergeben. Er sei wahrlich kein Gegner der Bacteriologie, schliesst Kassowitz, diese Wissenschaft habe schon viele Krankheitsursachen aufgedeckt und es werde ihr hoffentlich auch gelingen, den wahren Erreger der Diphtherie zu eruiren.

Verein Pfälzer Aerzte.

Ausserordentliche Generalversammlung am 1. Juni 1898.

Zur Berathung des Entwurfes einer Standesordnung für die bayerischen Aerzte wurde am 1. Juni eine ausserordentliche Generalversammlung der Pfälzer Aerzte in Neustadt a. H. abgehalten. Der Referent, welcher sich entschieden gegen den Zwangsbeitritt in die Bezirksvereine aussprach, zumal man ihn bei gutem Willen sehr leicht durch einen anderen Wahlmodus umgehen könne, welcher sonst aber nur die allgemein wichtigen streitigen Punkte erörterte, kam zu folgenden Schlüssen:

Eine gute Standesordnung ist erstrebenswerth, eine schlechte nicht. Auch eine gute ist kein Allheilmittel und selbst sie bietet mancherlei Gefahren. Statt noch weiter den ärztlichen Stand unselbständig zu machen, müssen wir — nicht speciell in Bayern — zur Wahrung unserer ideellen und materiellen Interessen, aber auch im eigensten Interesse des Staates selbst vor Allem mit Bewusstsein und Zähigkeit eine unabhängigere und einflussreichere Stellung im Staate zu erlangen suchen.

Er beantragt folgende Beschlüsse:

1. Vom Zwangsbeitritt zu den Bezirksvereinen ist abzusehen, event. ist er nur zuzugeben, wenn den Vereinen der zeitweilige (oder dauernde) Ausschluss aus ihnen und dem collegialischen Verkehr zugestanden wird.

2. Die Ehrengerichte erster Instanz werden vom Ehrenrathe des Bezirks, die zweiter Instanz vom Ehrengerichtshof der Aerztekammer gebildet.

3. Die Wahlen zum Ehrengerichte und den Aerztekammern werden, zu gleicher Zeit, schriftlich von allen Aerzten des Bezirks vorgenommen.

4. Das Heranziehen der Aerzte zu gemeinnützigen Zwecken ist zu streichen.

5. Bezüglich der Strafen ist statt des Nürnberger der preussische Entwurf anzunehmen mit dem Zusatz der Strafe der Ausschliessung aus dem Vereine.

6. Jeder Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in der Berufsthätigkeit und in allen im speciellen Theile B der Standesordnung angeführten Beziehungen die Ehre und das Ansehen des ärztlichen Standes zu wahren.

Der Correferent sprach sich ebenfalls gegen den Zwangsbeitritt aus, wünschte dagegen das Verhalten des Arztes ausserhalb des Berufes im Allgemeinen der Beurtheilung des Ehrengerichtes zu unterstellen.

Nach längerer Verhandlung wurden die 4 ersten Sätze des Referenten einstimmig angenommen mit der alleinigen Weglassung der Befugniss des dauernden Ausschlusses aus dem Vereine.

Bei No. 5 wurde, ziemlich inconsequent gegenüber der Ablehnung des dauernden Ausschlusses aus dem Vereine, als höchste Strafe der Antrag auf Aberkennung der ärztlichen Approbation dem preussischen Entwurf beigefügt, eine Strafe, welche Referent ausgeschlossen haben wollte (sie ist auch in keiner sonstigen ärztlichen Standesordnung), weil sie die Entscheidung nicht den Collegen überlässt, wie es die zum Muster genommene Rechtsanwaltsordnung thut, sondern dem Staate und weil sie je nach äusseren Verhältnissen und nicht entsprechend der Schuld, je nachdem viel zu stark oder gar nicht, wirken wird.

Statt No. 6 wurde die Nürnberger Fassung, aber mit Beifügung der ausdrücklichen Erklärung angenommen, dass das Verhalten in politischer, religiöser und gesellschaftlicher Beziehung nicht einbezogen werden darf. Kolb.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 18. April 1898.

Ueber die Functionen der Hypophysis cerebri.

Die Untersuchungen von E. de Cyon bestanden in intravenöser Injection des wässerigen Extracts der vorher getrockneten und pulverisirten Hypophysis, in elektrischer oder mechanischer Erregung und in Exstirpation dieses Organes. Eingeschlossen in einer Höhle mit starren Wänden und in dem meist geschützten Theile des knöchernen Schädels, durch das Infundibulum in Verbindung mit dem dritten Gehirnventrikel stehend, überreich mit Blutgefässen versorgt und ausserdem von mächtigen Venensinus umgeben, ist die Hypophysis besonders geeignet, durch die Druckschwankungen des Liquor cerebrospinalis oder des Blutes beeinflusst zu werden. Jeder ganz geringe Druck auf die Hypophysis bekundet sich in der That durch einen raschen Wechsel der Blutspannung und durch beträchtliche Verlangsamung der Herzschläge, deren Stärke gleichzeitig beträchtlich vermehrt wird; noch intensiver sind diese Erscheinungen durch elektrische Reizung, selbst mit ausserordentlich schwachen Strömen. Die Pulsverlangsamung, welche durch jede Vermehrung der Widerstände in der Blutcirculation bewirkt wird, und bis jetzt einer directen Erregung der Endigungen der N. pneumogastrici (vagi) in der Medulla oblongata zugeschrieben wurde, kommt in Wirklichkeit nur einer Reflexerregung dieser Endigungen in der Hypophysis zu. Es genügt, dieselbe zu exstirpiren, damit Verschluss der Bauchaorta keine Verlangsamung der Pulsschläge mehr bewirke. Ausser dieser rein mechanischen hat die Hypophysis noch eine chemische Rolle, sie producirt eine Substanz, welche dazu bestimmt ist, die erstere Function zu erleichtern; das Organextract, Thieren intravenös injicirt, hat auf Herz und Blutdruck dieselbe Wirkung, wie mechanische oder elektrische Reizung der Hypophysis. Die active Substanz derselben ist eine organische Phosphorverbindung, für welche Cyon den Namen Hypophysin oder Phosphorhypophysin vorschlägt. Auf die Pneumogastrici wirkt diese Substanz in analoger Weise wie das Jodothyrin, auf das vasomotorische System verschieden von dem letzteren, wie es ja die anatomische Lage

der Glandula pituitaria im Inneren des knöchernen Schädels und die der Schilddrüsen am Eingang und ausserhalb desselben erheischt. Die Resultate dieser Untersuchungen können also erklären, wie die Hypophysis bei Abwesenheit oder aufgehobener Function der Schilddrüsen diese ergänzen kann. Einerseits ersetzt das Hypophysin die Wirkung des Jodothyrins auf die Herznerven, andererseits verursacht der directe Einfluss der Hypophysis auf die Pneumogastrici und das sympathische System noch so bedeutende Veränderungen im Blutkreislaufe, um beim Fehlen der Schilddrüsen das Gehirn gegen die Gefahren plötzlichen Blutzuflusses zu schützen. Die Hypertrophie des Hirnanhangs, welche z. B. beim Kaninchen nach Exstirpation der Schilddrüsen constant ist, beweist deutlich die vermehrte Arbeit, welche sie nach dieser Operation leisten muss.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 3. Mai 1898.

Diese wohl wichtigste Sitzung des ganzen Jahres brachte den Bericht, welchen Prof. Grancher über die Prophylaxe der Tuberculose im Namen einer aus 14 der bedeutendsten Mitglieder der Akademie gebildeten Commission zu erstatten hatte. Der umfangreiche Bericht ergeht sich auf all' die Fragen, welche in den letzten Jahren der Gegenstand eifriger Discussionen in fast allen cultivirten Ländern waren, und enthält ausser der Einleitung, wornach ersichtlich ist, dass die Pariser Assistance publique 12 Millionen Francs auf die zweckentsprechende Unterbringung der Tuberculösen in Sanatorien resp. eigenen Krankenhausabtheilungen verwenden wird, im 1. Capitel die allgemeinen prophylaktischen Maassregeln gegen die Tuberculose. In den weiteren Capiteln wird die Tuberculose in der Familie, in der Armee, in der Schule, in den Verkaufs- und Betriebsstätten (Fabriken u. s. w.), in den Krankenhäusern und schliesslich die Tuberculose der Thiere besprochen. Die Schlussfolgerungen lauten folgendermaassen: 1) Die Akademie bestätigt die schon im Jahre 1890 empfohlenen prophylaktischen Maassregeln, wonach der Auswurf in Taschen- oder Zimmerspucknäpfen, die etwas 5 proc. gefärbte Carbollösung oder wenigstens gewöhnliches Wasser enthalten, zu sammeln ist, die Zimmerreinigung immer auf feuchtem Wege zu geschehen hat und die Milch, woher sie auch stammen mag, vor dem Genusse stets abgekocht werden muss. 2) Was die Familie betrifft, so wird den Aerzten die strenge Einhaltung dieser Maassregeln empfohlen, sowie die Tuberculose eine sogenannte offene ist, sodann aber, durch frühzeitige Diagnose und geeignete Behandlung die Lungentuberculose möglichst im latenten Zustande zu erhalten. 3) Für die Armee empfiehlt die Akademie zeitweise Entlassung bei Tuberculösen ersten Grades vor der bacillären Expectoration und definitive Entlassung, sowie der Auswurf Tuberkelbacillen enthält; ausserdem strenges Festhalten an den unter 1) angedeuteten Maassnahmen in allen Casernen. 4) Dieselben sind in den Schulen, Verkaufsläden, Werkstätten u. s. w. unter entsprechender Belehrung des Aufsichts- und des zu beaufsichtigenden Personals ebenfalls einzuhalten. 5) Die Hygiene in den Krankenhäusern muss in der Weise geregelt werden, dass die Tuberculösen in Separatpavillons oder -Zimmern unterzubringen sind, bis die nöthige Zahl von Sanatorien errichtet ist. Bei diesen, sowie den allgemeinen Krankenzimmern muss die gehörige Antisepsis obwalten, besonders durch Verbot des trockenen Kehrens und durch eventuelle Erneuerung der Fussböden. Verbesserung der Krankenwärter durch höhere Bezahlung, sorgfältigere Auswahl und Pensionsberechtigung gehören zu den weiteren Krankenhausreformen. 6) Wie schon die neuesten Gesetze vorschreiben, so braucht das Fleisch bloss jener Thiere völlig vom Verkauf ausgeschlossen zu werden, welche die ziemlich seltenen Fälle allgemeiner Tuberculose aufweisen; das übrige kann in den Freibanken feilgeboten werden. Die Akademie empfiehlt den Thierzüchtern die diagnostische Verwerthung des Tuberculins und Schlachtung der Thiere, welche durch den nur leichten Grad der Tuberculose unschädlich scheinen. Schliesslich setzt die Akademie eine ständige Commission zur «Prophylaxe der Tuberculose» ein, um alle Bestrebungen gegen die Weiterverbreitung dieser Krankheit zu überwachen und zu unterstützen.

Preussischer Medicinalbeamten-Verein.

XV. Hauptversammlung am 26. u. 27. September zu Berlin.

Tagesordnung.

Sonntag, den 25. September. 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung bei Sedlmayr (Friedrichstr. 172).

Montag, den 26. September. 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels (Friedrichstr. 103). 1. Eröffnung der Versammlung. 2. Geschäfts- und Cassenbericht; Wahl der Cassenrevisoren. 3. Desinfection in der Hebammenpraxis. Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ahlfeld in Marburg. 4. Wochenbettfiebererkrankungen durch Hebammeninfection. Herr Bezirksarzt Dr. Weichardt in Altenburg. — Frühstückspause im «Franziskaner» (Stadtbahnbogen am Bahnhof, Friedrichstrasse, in unmittelbarer Nähe des Versammlungslocals). — 5. Die Serumprobe bei Abdominaltyphus und ihre Bedeutung vom sanitätspolizeilichen Standpunkte. Mit Demonstrationen. Herr Kreisphysikus Dr. Mewius in Kosel. 6. Ueber Ankylostomiasis. Mit Demonstrationen. Herr Med.-Rath Dr. Tenholt, Kreisphysikus und Oberarzt des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum. 7. a) Uebertragung des Pemphigus neonatorum; b) Vergiftung durch Colchicin beim Gebrauch des Dr. Mylius'schen Liquor colchici compositum. Herr Kreiswundarzt Dr. Kornalewski in Allenstein. — 3 Uhr Nachm.: Festessen im Savoy-Hôtel. — 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung bei Sedlmayr (Friedrichstr. 172).

Dienstag, den 27. September. 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaale des Savoy-Hôtels. 1. Schularzt und beamteter Arzt bei schulhygienischen Aufgaben. Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. Deneke in Stralsund. 2. Gerichtsärztliche Mittheilungen. Herr Prof. Dr. Fr. Strassmann, gerichtlicher Stadtphysikus in Berlin: a) Ueber eine Erscheinung bei Verbrennung. b) Ueber neue Methoden der Blutuntersuchung. 3. Vorstandswahl und Bericht der Cassenrevisoren. 4. Die Ueberwachung der nicht in Irren- u. s. w. Anstalten untergebrachten Geisteskranken und Geistesschwachen. Herr Kreiswundarzt Dr. Oebbecke in Bitterfeld. — Nach Schluss der Sitzung: Gemeinschaftliches Mittagessen im «Franziskaner» und hierauf Besichtigung der städtischen Anstalt für Epileptische, Wuhlgarten in Biesdorf bei Berlin. — 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung.

Verschiedenes.

Zur Einführung einer ärztlichen Standesordnung in Frankreich. Ebenso wie in Deutschland, wo die Frage grossentheils bereits im positiven Sinne entschieden ist, war in den letzten Jahren auch in Frankreich in den verschiedenen ärztlichen Corporationen und Fachzeitschriften ein heftiger Streit entbrannt, ob zur Hebung des dort, wie allerwärts, stark gesunkenen ärztlichen Ansehens und der Standesehre die Einführung einer gesetzmässigen Standesordnung (ordre médical) anzustreben sei oder nicht. In der 39. Generalversammlung (17. und 18. April 1898) der Association générale des médecins de France, einer dem deutschen Aerztetage entsprechenden Aerztevertretung, wurde eingehende Berathung gepflogen, gewichtige Stimmen sprachen sich sowohl pro wie contra aus und schliesslich wurde mit grosser Majorität die Einführung einer Standesordnung abgelehnt. Hauptsächlich war für diesen Beschluss die Erwägung maassgebend, dass man die so werthvolle Unabhängigkeit der Aerzte nicht gegen eine Einrichtung opfern dürfe, deren heilsamer Einfluss auf die unlauteren Elemente des Standes doch sehr fraglich sei. Auch die von den Anhängern der Aerzteordnung so oft in's Treffen geführte und als Muster dargestellte Rechtsanwaltsordnung wurde hier besprochen, es wurde jedoch constatirt, dass trotz der äusseren Aehnlichkeit beider Stände in der ganzen Art der Berufsführung ein so grosser Unterschied bestehe, welcher nicht erlaube, eine für die Anwälte nothwendige Einrichtung unmittelbar auf den Aerztestand zu übertragen; es sei u. A. nur angeführt, dass das Publicum in vielen Fällen gesetzlich gezwungen ist, einen juristischen Beistand zu nehmen, während von einem solchen Zwange in Krankheitsfällen bekanntlich kein Gesetz spricht. Es wurden ferner als Beispiel die bereits bestehenden Standesordnungen in England, verschiedenen Ländern Deutschlands, in Oesterreich und die in Italien im Werden begriffene angeführt, aber nur der englischen allein thatsächlicher Werth beigemessen, da mit derselben wirklich executive Gewalt (Entziehung der Approbation, was aber bloss alljährlich 2—3 mal vorkomme) verbunden sei. Die Einführung der Deontologie in die medicinischen Unterrichtsfächer wurde ebenfalls erwähnt, jedoch derselben damit entgegengetreten, dass die Befolgung der guten Lehren in der Praxis nicht verwirklicht werden könne; die Lage der Aerzte draussen in der Provinz sei eine jammervolle, die Ueberfüllung ausserordentlich, die jungen Aerzte wollten doch leben, dazu gehöre Praxis und zur Heranziehung der Klientel würden eben oft die erbärmlichsten Mittel angewandt.

Obwohl also in Frankreich das Curpfuschereiverbot und keine staatlichen Krankencassen — die privaten nach Art unserer «Sanitätsverbände» blühen allerdings in üppiger Weise — bestehen, zwei Factoren, welchen bei uns in Deutschland so viel Bedeutung bei dem Niedergange des ärztlichen Standes beigemessen wird, ist die Lage desselben in beiden Staaten eine verzweifelt ähnliche und wohl zum grössten Theile der — Ueberfüllung zuzuschreiben. Hervorgehoben muss werden, dass auch in Frankreich eine Reform der allerdings sehr veralteten ärztlichen Prüfungsordnung von vielen Seiten angestrebt wird, dass aber in den Debatten sowohl über diese wie über die obige Standesordnung niemals von einer Beschränkung der anständig betriebenen ärztlichen Thätigkeit, niemals von einer Prüfung für Specialärzte oder einer Abhängigkeit der Führung dieses Titels von Bedingungen, welche unvereinbar sind mit dem Begriffe «freier Beruf», die Rede war. St.

Therapeutische Notizen.

Orthoform in der Gynäkologie. Blondel hat nach einem Berichte an die Pariser Académie de médecine (Sitzung vom 10.

Mai 1898) das Orthoform als locales Anaestheticum der Gebärmutter in verschiedenen Fällen, besonders bei Endometritis, angewandt. 50 Kranke wurden von letzterer im Durchschnitt in 3 Wochen geheilt durch die intrauterine Tamponade mit antiseptischer, mit Glycerin durchtränkter Gaze, welche Methode zwar seit 6 Jahren erfolgreich, aber stets ziemlich schmerzhaft war und nun durch Zusatz von Orthoform, im Glycerin suspendirt, gar keinen Schmerz verursachte. Zur Dilatation der Gebärmutter wandte ferner Bl. mit demselbem Erfolge Laminariabougies an, welche 8 Tage in mit Orthoform gesättigtem Aether gelegen hatten und schliesslich war das Curettement fast immer völlig schmerzlos, wenn eine Stunde vor der Operation der Uterus mit Orthoformgaze tamponirt wurde. Die Wirkung des Orthoforms kann bis zu 24 Stunden anhalten und dasselbe ist ein völlig unschädliches Mittel. St.

Das Creosotum valerianicum, Eosot, hat sich nach W. Zinn bei den Kranken der Gerhardt'schen Klinik gut bewährt. Dasselbe wird in Kapseln von den Kranken ohne Widerwillen genommen, es ist billig und wird auch in grösseren Mengen gut vertragen. Die Verabreichung geschah in Kapseln à 0,2 g, täglich 3 Kapseln. 100 Kapseln kosten 1.80 Mk. (Ther. Monatshefte 3, 1898.) Kr.

Das zuerst von Filehne eingeführte Pyramidon ist nach Laubenheimer (Ther. Monatshefte 4, 1898) ein recht brauchbares Antineuralgicum. Bewährt hat sich dasselbe bei Kopfschmerzen verschiedenster Art, bei Neuralgien, besonders solchen der Alkoholiker. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Das Maximum der Tagesdose war 3mal 0,5 g. Der Preis beträgt für 1 g 40 Pfg. Kr.

Ueber die Anwendung des Eucaïns bei Affectionen der Speiseröhre und des Rectum berichtet Bayer aus der Rosenheim'schen Poliklinik (Therap. Monatshefte 4, 1898). Eine 3proc. Eucaïnlösung anaesthesirte den Oesophagus so vollkommen, dass nach 2 Minuten der oesophagoskopische Tubus eingeführt werden konnte. Auch Schluckstörungen bei Oesophaguscarcinomen wurden durch Einspritzung dieser Lösung in günstigster Weise beeinflusst.

Am Rectum genügte ebenfalls die 3proc. Lösung zur Vornahme kleiner örtlicher Manipulationen. Sehr zweckmässig ist die Verwendung von Eucaïnklystieren bei ulcerativen Processen der Rectumschleimhaut. Einer solchen Lösung kann man zur allgemeinen Beruhigung zweckmässig etwas Morphium hinzufügen:

1. Eucaïn. muriat. 0,6,
   Aq. dest. 20,0.

MDS.: 1—2 g zur Einspritzung in den Mastdarm.

2. Eucaïn. muriat. 0,03,
   Morph. mur. 0,01,
   Aq. dest. 20,0.

MDS.: Die Hälfte oder das Ganze in den Mastdarm einzuspritzen.

Unangenehme Erfahrungen wurden nicht gemacht. Kr.

Chronische Cystitis. G. Colin macht neuerdings im Journal de médécine de Paris auf die guten Erfolge der Picot'schen Vorschrift bei der chronischen Cystitis aufmerksam.

Rp.: Guajacol 1,5
Jodoform 1,0
Ol. olivar. sterilisat. ad 30,0.

MS. 10—20 Tropfen 1—2mal täglich in die Blase einzuspritzen.

Dem Philadephia medical Journal entnehmen wir folgende für den praktischen Gebrauch empfehlenswerthe Receptformel:

Lancaster ordinirt bei Keuchhusten:

Rp.: Tinct. Belladonnae 5,0,
Phenacetin 2,5,
Extract. Castaniae vesc. 30,0,
Spirit. rectificatiss. ad 50,0.

MDS.: Für Kinder von 1 Jahre an alle 2 bis 6 Stunden 10 Tropfen, für Kinder von 10 Jahren theelöffelweise.

Urticaria. Gaucher empfiehlt in der Märznummer der Revue des maladies de l'enfance bei Urticaria die Anwendung eines Sprays folgender Zusammensetzung:

Alkohol
Chloroform
Aether sulfur. āā 30,0
Menthol 10,0.

Den in der Praxis so vielfach geäusserten Wünschen nach einem Haarmittel endlich dürfte folgende, der Gaz. hebd. de Méd. entnommene Vorschrift dienen:

Rp.; Chinin muriat.
Pulv. lign. Santal. āā 1,5,
Acid. tannic.
Tinct. Chantharid. āā 3,5,
Glycerin. 20,0,
Aq. coloniens. 15,0,
Vanillin. 0,02,
Spirit. rectificat. ad 300,0.

MDS.: Nach 4tägigem Stehen abzufiltriren.

Als Bandwurmmittel wird von M. T. Guida folgende Combination empfohlen:

Rp.: Acid. salicyl. 0,5,
Extr. filic. mar. aether. 0,75,
Gummi arab. 7,5,
Syr. simpl. 50,0,
Ol. cinnamom. gutt. X,
Aq. dest. 100,0.

MDS.: Morgens nüchtern auf zweimal zu nehmen innerhalb einer Stunde. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 7. Juni. Der Entwurf einer Standesordnung für die bayerischen Aerzte bildete den Gegenstand der Berathung einer auf 1. Juni nach Neustadt a. H. einberufenen ausserordentlichen Generalversammlung des Vereins Pfälzer Aerzte. Bemerkenswerth aus den Verhandlungen, über die an anderer Stelle dieser Nummer berichtet wird, sind die Beschlüsse, wonach der Zwangsbeitritt zu den Vereinen abgelehnt, bezw. nur unter bestimmten Voraussetzungen zugegeben wird, und wonach ferner das ausserberufliche Verhalten des Arztes nur mit Beifügung der ausdrücklichen Erklärung in die Standesordnung einbezogen werden soll, dass das Verhalten in politischer, religiöser und gesellschaftlicher Beziehung der ehrengerichtlichen Beurtheilung nicht unterliegen soll.

— Der besseren Fürsorge für minderbemittelte Nervenkranke soll jetzt auf dem Wege der Vereinsgründung näher getreten werden. Es geht uns ein Aufruf zu, mitunterzeichnet von Geh. Rath Lähr-Zehlendorf und einer grossen Zahl hervorragender ärztlicher Persönlichkeiten, der zum Beitritt zu einem zu gründenden Verein für Nervenheilstätten für Minderbemittelte einlädt. Der Jahresbeitrag soll mindestens 6 M. betragen. Zum Bau einer Anstalt für vorläufig 70 Kranke ist bereits ein Capital von vorläufig 232000 M. gestiftet und ein vorzüglich geeignetes Terrain bei Zehlendorf von ca. 26 Morgen als Schenkung übermacht.

— Die preussische Regierung beabsichtigt, in absehbarer Zeit eine neue Standesvertretung für Apotheker in's Leben zu rufen, und zwar soll es sich hierbei um Errichtung von Apothekerkammern nach dem Vorbilde der Aerztekammern handeln. In Sachsen, Bayern, Württemberg, Baden und Hessen bestehen bereits Standesorganisationen für die Apotheker. Die Vorarbeiten zu der neuen Standesvertretung, die hauptächlich von den Landapothekern angestrebt wird, sind im Cultusministerium bereits in vollem Gange.

— **In der 20. Jahreswoche, vom 15. bis 21. Mai 1898, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit** Brandenburg **mit 33,6, die geringste** Hildesheim **mit 8,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.**

(Hochschulnachrichten.) **Berlin**. Der Director der chir. Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban, San.-Rath Dr. Werner Körte wurde zum Professor ernannt. — **Göttingen.** Dr. Reichenbach habilitirte sich für Hygiene. Universitätsfrequenz: 1268, davon immatriculirt 1216, der Rest zum Hören berechtigt. Unter diesem Rest befinden sich 21 Frauen. Die immatriculirten Hörer vertheilen sich wie folgt: 143 Theologen, 348 Juristen, 225 Mediciner, 500 Philosophen. — **Rostock.** Im laufenden Semester beträgt die Gesammtfrequenz an der Universität 482, davon sind 100 Studirende der Medicin. — **Würzburg.** In der philosophischen Facultät habilitirten sich am 25. Mai Dr. Spemann für Zoologie und am 27. Mai Dr. Fritz Reitzenstein für Chemie.

Bukarest. An der medicinischen Facultät wurde die bisherige 3. chirurgische Klinik in eine gynäkologische (gynäkologisch-chirurgische) Klinik umgewandelt und in Verbindung mit dieser ein gynäkologisches Institut begründet. Leiter der Klinik und des Instituts ist Prof. Assaky. Der jährliche Etat der neuen Anstalt beträgt 59480 Fr. und vertheilt sich wie folgt: Director 12000 Fr., 1. Assistent 6000 Fr., 3 weitere Assistenten 14400 Fr., 1 Präparator 2400 Fr., 2 Diener 1680 Fr., für Instrumente etc. 15000 Fr., für Veröffentlichungen des Instituts 8000 Fr. (Um so reiche Mittel werden die meisten deutschen Kliniken das Bukarester Institut zu beneiden haben. Red.) — **Wien.** Zu ausserordentlichen Professoren wurden befördert die Privatdocenten Moritz Heitler, Rudolf v. Limbeck, Ferd. Frühwald, Lothar Frankl v. Hochwart, Max v. Zeissl und Anton Felsenreich.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Friedrich Gross zu Steinfeld. Dr. Ad. Scheuermann als Augenarzt zu Landau. Dr. Ludwig Roger de Campagnolle, appr. 1897, in München. Dr. Gustav Rüdinger, appr. 1896, in Kirchheim, B.-A. Mindelheim.

Verzogen: Dr. Bickes von Kallstadt nach Neuenburg (Baden). Dr. Brumm von Dirmstein nach Mannheim. Dr. Friedr. Stecker von Pfuhl, B.-A. Neu-Ulm nach Bamenthal in Baden.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Joseph Mulzer in Regensburg zum k. Bezirksarzte I. Classe in Waldmünchen. Der prakt. Arzt

Dr. Georg Burgl in Passau zum Landgerichtsarzte am k. Landgerichte Nürnberg.

Auszeichnung: Dem ordentlichen Professor an der Universität Basel, Dr. Ernst Bumm, wurde als bayer. Staatsangehörigen die Bewilligung zur Annahme des preussischen Rothen Adlerordens IV. Classe ertheilt.

Gestorben: Dr. Heinrich Zwanziger, k. Bezirksarzt II. Cl. in Schöllkrippen, 67 Jahre alt.

Correspondenz.

Zur Lage der russischen Landschaftsärzte.

Die Antwort, welche mir Herr Dr. Marcuse auf meine in No. 21 dieser Zeitschrift an ihn gerichteten Zeilen zu Theil werden liess, und welche ich ihm hiemit bestens verdanke, zwingt mich, von Neuem in derselben Angelegenheit das Wort zu ergreifen. Ich brauche wohl meinem «Gegner» nicht zu versichern, dass es sich hiebei um keinerlei persönliche Anfechtung handelt, sondern dass es mir nur darum zu thun ist, diejenigen Missverständnisse zu zerstreuen, zu welchen seine Auffassung der Lage des russischen Landschaftsarztes Veranlassung geben kann.

Die Antwort des Herrn Dr. Marcuse hat mich vollständig davon überzeugt, dass die zwischen uns in dieser Sache bestehenden Differenzen einerseits in der immerhin unvollständigen, ich möchte sagen «episodischen» (was ja für einen Ausländer ganz natürlich ist) Bekanntschaft meines verehrten Mannheimer Collegen mit den einschlägigen Verhältnissen, andererseits aber darauf beruht, dass wir beide eine durchaus verschiedene Ansicht darüber haben, worin denn eigentlich die Menschenwürdigkeit oder Menschenunwürdigkeit in der Lage des Arztes bestehe. In meiner Gegenantwort auf die Antwort des Herrn Dr. Marcuse werde ich mich auf diese zwei Punkte beschränken.

Seine Gewährsleute und die Quellen, aus welchen Dr. Marcuse seine Anschauungen über die Lebensverhältnisse der russischen Landschaftsärzte schöpfte, hat er mir leider nicht genannt; um seine Ansicht zu stützen, bringt er nur einige Citate aus einem von mir in der «Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege» veröffentlichten Aufsatz über die landschaftliche Medicin in Russland, und ausserdem drei Publicationen aus der russischen Zeitschrift «Wratsch» («der Arzt»). Es ist dies jedenfalls sehr wenig. Ich bedaure, dass Dr. Marcuse sich eine solche Beschränkung auferlegt hat, um so mehr, als die aus meinem Aufsatze citirten Stellen, aus dem Zusammenhange mit dem Uebrigen herausgerissen, keineswegs dazu dienen können, als Beweismittel für die eine oder andere Ansicht benutzt zu werden, oder die Situation aufzuklären.

Nach der Schilderung, die Herr Dr. Marcuse gibt, könnte man in Versuchung gerathen, sich den russischen Landschaftsarzt allgemein als einen Menschen vorzustellen, welcher Tag aus Tag ein nichts thut, als auf Siebenmeilenstiefeln den ungeheuren Rayon seiner Amtsthätigkeit zu durchwandern, aus einem Dorf in's andere, von einer Bauernhütte zur andern, das kläglichste Dasein führend, ohne innere Befriedigung von seiner ruhe- und rastlosen Thätigkeit, ohne die Möglichkeit, die Anforderungen seines Geistes zu befriedigen, gezwungen, sogar seine leiblichen Bedürfnisse auf ein Minimum herabzusetzen, halb verwildernd in der trostlosen, einförmigen, aller geistigen Anregung baaren Umgebung.

Ich erlaube mir, an der Behauptung festzuhalten, dass dieses Bild, sobald es Anspruch auf Allgemeinheit macht, weder der Form, noch dem Inhalte nach zutreffend ist; und wer meinen Aufsatz, welcher eine allerdings sehr gedrängte, aber wahrheitsgetreue Schilderung der Entwicklung der landschaftlichen Medicin in Russland enthält, aufmerksam gelesen hat, wird sagen müssen, dass die Auffassung des Herrn Dr. Marcuse nicht anders als einseitig genannt werden kann und dass es unrichtig ist, einzelne von mir selbst erwähnte Schattenseiten in der Lage mancher Landschaftsärzte zu verallgemeinern.

Es ist wahr, in einzelnen Theilen derjenigen Gouvernements des europäischen Russland, in denen die landschaftlichen Institutionen (die «Zemstwo») eingeführt sind, gibt es auch jetzt noch Gegenden, wo die Aerzte sehr dünn gesäet sind, und auch heute noch werden viele Landschaftsärzte genöthigt, unter Verhältnissen zu arbeiten, welche keine innere Befriedigung an der Ausübung des ärztlichen Berufes gewähren; — bei vollständiger Abwesenheit eines landschaftlichen Krankenhauses oder schlechter Ausstattung desselben, bei der Nothwendigkeit eines ziellosen Herumreisens auf den Dörfern, wobei nur eine flüchtige Untersuchung der Kranken, ohne regelrechte Behandlung derselben möglich ist, da bekommt der Arzt selbstverständlich nicht das Bewusstsein, dass seine Thätigkeit dem Volke, für welches er arbeiten möchte, Nutzen bringe, und in diesem Falle ist sein Geschick wirklich ein tragisches zu nennen.

Glücklicher Weise kommen nun aber solche Zustände in der landschaftlichen Medicin immer seltener vor. Fast überall schon haben es die Aerzte durch eigene Initiative dahin gebracht, dass die Landschaft ihnen kleine Krankenhäuser zur Verfügung stellte, welche, wie ich mich in dem von Dr. Marcuse citirten Aufsatze ausdrückte, «zum Centrum der Thätigkeit des Landschaftsarztes geworden sind». Immer seltener ist der Arzt genöthigt, die Dörfer seines Rayons periodisch zu bereisen, um den Kranken daselbst eine rein fictive Hilfe zu bringen, sondern die Kranken suchen, so weit es ihnen möglich ist, den Arzt in seinem Wohnorte auf, um sich daselbst poliklinisch oder klinisch behandeln zu lassen; und nur in gewissen Fällen — Epidemieausbrüche, schwere Geburten, Kranke die aus triftigen Gründen nicht in die Anstalt transportirt werden können — ist der Arzt verpflichtet, auf die Dörfer hinauszufahren. Auch werden die den einzelnen Aerzten zugewiesenen Bezirke immer kleiner: schon lange haben die Aerzte in den dichter bevölkerten Landestheilen die Forderung aufgestellt, dass der Amtsbezirk eines Arztes im Maximum einen Radius von 15 km haben solle, und vielerorts ist dieses Ziel nicht nur erreicht, sondern haben sich die Verhältnisse sogar bedeutend günstiger gestaltet. Es ist also in dieser Beziehung die Darstellung des Herrn Dr. Marcuse in ihrer allgemeinen Fassung unrichtig; und wenn derselbe beispielsweise einige Gouvernements nennt, welche seine Anschauungen exemplificiren sollen, so habe ich u. A. dazu zu bemerken, dass es in dem von ihm angezogenen Gouv. Podolien (er nennt es fälschlich Kamenez-Podolsk, — so heisst aber nur die Gouvernementsstadt) überhaupt keine landschaftlichen Institutionen, also auch keine landschaftlichen Aerzte gibt, und dass ein Gouv. «Bjelaja Rusj» gar nicht existirt . . . Oder sollten überhaupt die Anschauungen des Herrn Dr. Marcuse über die landschaftliche Medicin wenigstens theilweise auf einer Verwechslung derselben mit der vom medicinischen Departement in den der Landschaft entbehrenden Gouvernements eingerichteten «Dorfmedicin» beruhen? Dann bitte ich meinen Gegner freundlichst, das hierüber auf S. 414 meines von ihm citirten Aufsatzes von mir Gesagte nachlesen zu wollen. Ich bitte um Entschuldigung für die Vermuthung, aber der Umstand, dass Dr. Marcuse das Gouv. Podolien als Beweis für seine Ansicht beibringt, gibt mir Veranlassung dazu.

Zu Missverständnissen kann sodann der folgende Satz des Herrn Dr. Marcuse Veranlassung geben: «Unbedingter Zwang zur unentgeltlichen Hilfeleistung an alle zum Zemstwo gehörigen Einwohner, ob arm oder reich, keine Pensionsberechtigung, keine Privatpraxis, so lebt der russische Landschaftsarzt mit Weib und Kindern dahin». Es ist hier Wahres mit Unrichtigem derart gemischt, dass sich in der Vorstellung des Lesers ein falsches Bild entwickeln muss. Herr Dr. Marcuse scheint dem von mir über die unentgeltliche Hilfeleistung und die Privatpraxis der Landschaftsärzte Gesagten kein Vertrauen geschenkt zu haben, denn aus meinem Aufsatze hätte er die soeben citirten Schlüsse nicht ziehen können. Es heisst bei mir wörtlich (S. 403): «Die Privatpraxis ist den Landschaftsärzten nicht verboten; sie trägt aber, mit Ausnahme grösserer Kreisstädte, nicht viel ein. Der Arzt ist übrigens verpflichtet, alle Steuerzahler, seien sie arm oder reich, in seiner Poliklinik unentgeltlich zu behandeln und im Falle schwerer Erkrankung, wenn der Leidende nicht in's Krankenhaus transportirt werden kann, unentgeltlich, so weit es seine Zeit erlaubt, zu besuchen. Wenn aber andere, über diese Verpflichtungen hinausgehende Anforderungen an ihn gestellt werden, so ist er berechtigt, Bezahlung anzunehmen». Pension allerdings, gibt es — als Regel — nicht, doch wird eine solche in besonderen Fällen gewährt. In einigen Gouvernements ist die Emeritur aller Angestellten der Landschaft, die Aerzte inbegriffen, bereits eingeführt.

Auch die materielle Lage der Landschaftsärzte gestaltet sich, wie aus meinem Aufsatze zu ersehen ist (S. 403), nicht so trostlos, wie Dr. Marcuse sie darstellt. Dass seine Auffassung nicht mit Unrecht eine etwas tendenziöse genannt werden kann, zeigt schon die Auswahl seiner Citate. In derselben No. des «Wratsch», welche Dr. Marcuse anführt (No. 17, 1897), findet sich u. A. folgendes Inserat: «Die Bjelosersker Landschaft (Gouv. Twerj) benöthigt 2 Aerzte. Besoldung für die ersten Jahre 1200 Rubel, nachher alle 3 Jahre eine Zulage von 120 Rubel, bis die Besoldung 1500 Rubel erreicht; freie Wohnung und Fahrgeld von der Landschaft». Das macht, wenn man auch das Fahrgeld unberücksichtigt lässt, etwa 2100 Rubel (4500 Mk.) im Jahre. Ueberhaupt hätte Herr Dr. Marcuse unter den Inseraten im «Wratsch» viele finden können, durch welche von Seite der Landschaften Aerzte zu weit günstigeren Bedingungen gesucht werden, als die von ihm citirten; selten wird dem Arzte bei freier Wohnung und Fahrgeld weniger als 1200 Rubel angeboten. Und man muss zugeben, dass für einen jungen, unverheiratheten Mann eine solche Anfangsstellung, bei der Billigkeit der ersten Lebensbedürfnisse in der russischen Provinz, sehr annehmbar ist. Aeltere, mit Kindern gesegnete Landschaftsärzte suchen sich dann Stellungen in den Kreis- und Gouvernementsstädten (immerhin im Dienste der Landschaft), wo sie sich finanziell besser stellen und auch eher Gelegenheit haben, ihren Kindern eine entsprechende Erziehung zu geben.

Alles bis jetzt Gesagte ist nun eigentlich Nebensache; ich wollte nur zeigen, dass in Beziehung auf das rein Sachliche Dr. Marcuse vielfach im Irrthum begriffen ist. Nun aber komme ich zur Hauptsache — zu der zwischen meinem Gegner und mir bestehenden Differenz über den Begriff des «Menschenunwürdigen». Es ist dies eine ethische Frage, die in ihrer Anwendung auf den ärztlichen Stand mir von so grosser Wichtigkeit zu sein scheint, dass ich sie hier nicht unberührt lassen kann.

Was ist menschenunwürdig in der Lage des Landschaftsarztes? Sind es die grossen Dimensionen, welche an vielen Orten der

Rayon seiner Thätigkeit noch hat? Ist es die Nothwendigkeit, in Abwesenheit eines Krankenhauses seine Zeit mit ziellosem Herumfahren auf den Dörfern zu verbringen? Ist es der von Dr. Marcuse behauptete Zwang zur Bedürfnisslosigkeit im weitesten Umfange?

Ich gebe zu, dass, wo alle diese Vorraussetzungen zutreffen, wo also die Organisation der landschaftlichen Medicin noch unvollkommen ist, der Arzt eine schwierige, wenig befriedigende Stellung hat; aber ich habe oben gezeigt, dass der Entwicklungsprocess der landschaftlichen Medicin mit einer Beseitigung dieser ungünstigen Verhältnisse eng verknüpft ist und dass sie vielerorts factisch schon beseitigt sind. Sie liegen nicht an der Institution an und für sich, sondern in äusseren Bedingungen, deren Umgestaltung in mancher Beziehung von den Aerzten selbst, von ihrer Initiative und Energie abhängt. In dieser Lage sehe ich nichts Menschenunwürdiges; sie kann, wenn der Arzt auch bei möglichster Anstrengung unfähig ist, etwas daran zu ändern, eher als tragisch bezeichnet werden. Was speciell den «Zwang zur Bedürfnisslosigkeit im weitesten Umfange» betrifft, so ist dieser Begriff ein sehr relativer und bedingter. Ich würde mit Dr. Marcuse einverstanden sein, wenn es wahr wäre, dass das Gros der Landschaftsärzte bei angestrengter und oft wenig lohnender (im ethischen Sinne) Thätigkeit, weder seine leiblichen, noch seine geistigen Bedürfnisse befriedigen könnte. So liegen aber die Sachen denn doch nicht. Und dass sie nicht so liegen, geht am besten aus der Thatsache hervor, dass nur äusserst selten von Seite der Landschaftsärzte Klagen über ihre Lebensverhältnisse ertönen und dass sie es sogar vermeiden, auf ihren örtlichen Kreis- oder Gouvernementsversammlungen, oder auf den allgemeinen Congressen russischer Aerzte, sog. Standesinteressen zur Sprache zu bringen. Von eigentlichen Entbehrungen in materieller Hinsicht ist gewiss nicht die Rede, so lange der Arzt überhaupt arbeitet; und wenn zuweilen nach dem Tode des Ernährers die Hinterlassenen sich in ungünstiger Lage befinden, so theilen sie dieses Schicksal mit den Angehörigen anderer Stände. Ausserdem gibt die auf dem Princip der gegenseitigen Versicherung beruhende Berufscasse russischer Aerzte unter recht günstigen Bedingungen jedem Arzte Gelegenheit, für den Fall seines Ablebens die materielle Existenz seiner Familie bis zu einem gewissen Grade sicher zu stellen.

Auch in Beziehung auf die Befriedigung der geistigen Bedürfnisse sieht es nicht so schlimm aus, als Dr. Marcuse glaubt. Abgesehen von der sehr grossen Zahl von Landschaftsärzten, welche in den Städten oder in der Nähe derselben ihren Sitz haben, ist es auch den weiter Abgelegenen immerhin möglich, geistige Nahrung (Bücher, Zeitschriften etc.) zu bekommen. Ausserdem wirken die periodischen Versammlungen der Aerzte, die Zusammenkünfte mit den Vertretern der Landschaft behufs Berathung alles dessen, was sich auf die weitere Entwicklung der landschaftlichen Medicin bezieht (siehe hierüber meinen Aufsatz), anregend und erfrischend. Dasselbe thun die periodischen Urlaube, welche die Aerzte zu längerem Aufenthalt in einer Universitätsstadt behufs weiterer Ausbildung benutzen. Und wenn man nun schliesslich noch berücksichtigt, dass der richtige landschaftliche Arzt bei alledem von einer altruistischen Idee getragen wird, die seiner Thätigkeit einen besonderen Reiz verleiht — von der Idee, dem Volke zu dienen, für dasselbe zu arbeiten, die Entwicklung der landschaftlichen Medicin mit allen Kräften zu fördern, dann erhält man ein Bild, welches mit dem «menschenunwürdigen Dasein» des Herrn Dr. Marcuse durchaus keine Aehnlichkeit besitzt. Vielmehr dürfte das Prädicat «menschenunwürdig» (und vielleicht ist Dr. Marcuse hierin mit mir einverstanden) auf die Existenz derjenigen Aerzte anzuwenden sein, welche sich zu Hunderten in allen grossen Städten concentriren, unter dem Drucke der Concurrenz ein elendes Dasein fristen, gewiss nicht ohne herbe Gefühle zu ihren vom Schicksale begünstigten Collegen aufsehen, Tag für Tag, Jahr aus Jahr ein aus der Sorge um die zu ihrer Existenz nothwendigen Patienten nicht herauskommen und selbstverständlich die schöne Idee von der Arbeit im Dienste der leidenden Menschheit nur als eine hohle Phrase betrachten können.

Nicht derjenige kann von sich sagen, dass er eine menschenwürdige Existenz führt, welchem alle Güter des Geistes und alle Herrlichkeiten der materiellen Welt zur Verfügung stehen, — einer solchen Existenz kann sich vielmehr nur derjenige rühmen, welcher das heilige Feuer der Begeisterung in seinem Herzen trägt, der im Dienste einer Idee lebt, dessen Lebensziel wirklich darin besteht, uneigennützig und unabhängig von einem zu erhaltenden Honorar der leidenden Menschheit zu dienen. Und in dieser Lage befindet sich der russische Landschaftsarzt, der, unbekümmert um die demoralisirende und alle ideellen Bestrebungen gefährdende Concurrenz — diese immer mehr oder weniger rohe Form des Kampfes um's Dasein — seinem schönen Berufe leben kann. Er ist einem Pionier zu vergleichen, der sich allerdings über manche Hindernisse, die er auf seinem Wege trifft, hinwegsetzen muss, der auch vielleicht manchen Widerwärtigkeiten begegnet, der aber glücklich sein kann im Bewusstsein, dass er für die Allgemeinheit lebt und arbeitet. Und ich möchte mir zum Schlusse erlauben zu sagen, dass dasjenige Ziel, welches ein tüchtiger Landschaftsarzt vor Augen hat, höher steht und mehr geeignet ist, das Dasein desselben zu einem menschenwürdigen zu machen, als die an und für sich sehr löbliche Verfolgung immerhin enger Standesinteressen, für welche Herr Dr. Marcuse seine volle Kraft einsetzen möchte..... Wer würde es auf sich nehmen, die Lage eines Missionärs oder irgend eines anderen Ideenträgers, der nicht nur alle möglichen Entbehrungen, sondern auch Verunglimpfungen aller Art zu ertragen hat und nicht selten sogar sein Leben auf's Spiel setzen muss — wer würde es auf sich nehmen, die Lage eines solchen Mannes als eine menschenunwürdige zu bezeichnen!

Professor Dr. Erismann.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat März 1898.

1) Bestand am 28. Februar 1898 bei einer Kopfstärke des Heeres von 64269 Mann, 203 Kadetten, 18 Invaliden, 140 U.-V.: 2399 Mann, 7 Kadett., 1 Invaliden, 3 U.-V.

2) Zugang: im Lazareth 1641 Mann, 1 Kadetten, — Invaliden, 16 U.-V.; im Revier 5482 Mann, 32 Kadetten, — Invaliden, 1 U.-V.; Summa 7123 Mann, 33 Kadetten, — Invaliden, 17 U.-V. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges 9522 Mann, 40 Kadetten, 1 Invaliden, 20 U.-V., vom Tausend der Iststärke 148,0 Mann, 197,0 Kadetten, 50,5 Invaliden, 142,8 U.-V.

3) Abgang: dienstfähig 7051 Mann, 40 Kadetten, — Invaliden, 19 U.-V.; gestorben 15 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; invalide 47 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; dienstunbrauchbar 62 (ausserdem noch nach Rapp. Must. Nr. 198 weitere 82 Mann) — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; anderweitig 229 Mann, — Kadetten, — Invaliden, 1 U.-V.: Summa 7404 Mann, 40 Kadetten, — Invaliden, 20 U.-V.

4) Hiernach sind dienstfähig 740,5 von 1000 der Kranken der Armee, 1000,0 von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und 950,0 von 1000 der erkrankten Unteroffiziers-Vorschüler; gestorben 1,5 von 1000 der Kranken der Armee, — von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und — von 1000 der erkrankten U.-V.

5) Mithin Bestand am 31. März 1898: 2118 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden, — U.-V.; vom Tausend der Iststärke 32,9 Mann, — Kadetten, 50,5 Invaliden, — U.-V.

Von diesem Krankenbestand befanden sich: im Lazareth 1441 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; im Revier 677 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden, — U.-V.

Von den in Militärlazarethen Gestorbenen haben gelitten an Kehlkopftuberculose 1, Knochentuberculose 1, Genickstarre 1, acutem Gelenkrheumatismus mit Herzerkrankung 1, paralytischem Blödsinn 1, eitriger Hirnhautentzündung 1, Lungenentzündung 6, Nierenentzündung 2, Verletzung des Kehlkopfes und beider Gehörgänge durch Pferdeschlag 1; ausserdem starb 1 Mann in Urlaub an Lungenentzündung, 1 an acuter Herzlähmung in Folge ausserdienstlicher Ueberanstrengung durch Laufen, 1 an Magenblutung im Bürgerquartier. Durch Selbstmord endeten 4 Mann (2 durch Erschiessen, 1 durch Ueberfahrenlassen von der Eisenbahn, 1 durch Erhängen), durch Verunglückung 1, der aus Furcht vor Strafe sich über 1 Monat versteckt hielt und durch Nahrungsmangel und Kälteeinwirkung umkam.

Der Gesammtabgang an Todten in der Armee im Monat März betrug mithin 23 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 21. **Jahreswoche** vom 22. bis 28. Mai 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 16 (18*), Diphtherie, Croup 20 (29), Erysipelas 12 (16), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 18 (22), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 6 (9), Parotitis epidem. 3 (3), Pneumonia crouposa 22 (17), Pyaemie, Septicaemie — (—). Rheumatismus art. ac. 24 (16), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 14 (10), Tussis convulsiva 30 (36), Typhus abdominalis 1 (2) Varicellen 18 (16), Variola, Variolois — (—). Summa 186 (193).

Medicinalrath Dr. Aub.

Berichtigung. In einem Theil der Auflage unserer vor. Nummer waren die Zahlen für die 20. Jahreswoche irrthümlich angegeben. Wir bitten dieselben nach den obigen eingeklammerten Zahlen zu berichtigen

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 21. Jahreswoche vom 22. bis 28. Mai 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern 1 (—*), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 2 (1), Rothlauf 2 (1), Kindbettfieber 1 (2), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 1 (3), Unterleibstyphus — (2), Keuchhusten 3 (3), Croupöse Lungenentzündung 2 (3), Tuberculose a) der Lungen 20 (28), b) der übrigen Organe 6 (13), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (2), Unglücksfälle 5 (4), Selbstmord — (2), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 198 (224), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,9 (27,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,4 (15,7), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 14,3 (13,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.